Health Forum

Juin 2014 · N°18

Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres · trimestriel

Ed. resp. : Xavier Brenez - Union Nationale des Mutualités Libres - Rue Saint-Hubert 19 - 1150 Bruxelles - Health Forum, trimestriel (juin, juillet, août 2014). Bureau de dépôt Bruxelles X - P911 186

Dossier

Xavier Brenez :

"Quelle(s) politique(s) de santé demain à Bruxelles?"

Photo : Johanna de Tessières © www.atomium.be - SABAM Belgium 2014

Mutualités Libres

Les Mutualités Libres

Faites connaissance avec les Mutualités Libres !

Avec plus de 2.000.000 d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième organisme assureur du pays.

Les Mutualités Libres regroupent 6 mutualités :

OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be

Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be

Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Mutualité Libre Securex

Avenue de Tervueren 43
1040 Bruxelles

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent

www.securex-mutualite.be

Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be

Partenamut

Boulevard Anspach 1
1000 Bruxelles
www.partenamut.be

Une occasion à ne pas manquer

Notre système de santé est à bout souffle. Depuis plusieurs années déjà, les signes de "fin de régime" s'accumulent et témoignent de la nécessité de lancer des chantiers ambitieux sur plusieurs fronts : financement hospitalier, soins aux personnes âgées et dépendantes, soins intégrés pour les malades chroniques, santé mentale… Ces défis sont connus et appellent à des changements fondamentaux dans la pratique médicale, la responsabilisation des acteurs, le remboursement des soins, la répartition des rôles entre prestataires. Ils demandent surtout une capacité d'anticipation permettant de gérer ces tendances de fond dans une vision à moyen et long terme.

Jusqu'à présent, cette capacité d'anticipation a cruellement fait défaut dans l'exercice du pouvoir et trop souvent, elle a laissé la place à des mesures à court terme sans grande cohérence. Mais il n'est pas trop tard ! Installée pour 5 ans à tous les niveaux de pouvoir, la prochaine législature est une occasion à ne pas manquer. Si, comme nous l'espérons, cette législature se négocie dans la sérénité et avec un sens du devoir qui place les intérêts des citoyens au centre des préoccupations, alors nous devrions être en mesure de mener les réformes nécessaires dans les secteurs où les besoins sont les plus criants. Compte tenu du surcroît de complexité hérité de la 6e réforme de l'Etat, les politiques de santé devront en outre être déclinées aux différents niveaux de pouvoir dans une perspective cohérente et coordonnée.

> Ville de contrastes, riche de ses spécificités, Bruxelles n'a fait l'objet d'aucune clarification officielle quant à la gestion future des compétences transférées

C'est à Bruxelles que cette nécessaire cohérence des structures et des politiques de santé est particulièrement aiguë. Parce que toujours pas garantie à l'heure de boucler ces lignes ! Ville de contrastes, riche de ses spécificités, Bruxelles n'a fait l'objet d'aucune clarification officielle quant à la gestion future des compétences transférées et aux mécanismes de coordination de ces politiques. Pour les Mutualités Libres, il est grand temps que soient octroyés à la capitale les moyens d'implémenter les politiques de santé adaptées à sa population.

Maintenant que la fièvre électorale est tombée, espérons que nos responsables politiques vont pouvoir enfin s'atteler à l'essentiel : administrer au système de soins belges dans son ensemble les remèdes qui assureront sa pérennité tout en préservant la solidarité, l'accessibilité et la qualité des soins. Là encore, cela implique d'imaginer des solutions qui placent l'intérêt du citoyen/électeur au centre des préoccupations… et ce aussi en période post-électorale !

Xavier Brenez
Directeur Général
de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Rédactrice en chef
Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33
Coordination
Stéphanie Brisson · stephanie.brisson@mloz.be · T 02 778 95 11
Comité de rédaction
Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe · Luc Detavernier · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Nathalie Renna · Hellen Smeets · Ingrid Umbach · Piet Van Eenooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Philippe Van Wilder · Steven Vervaet
Lay-out
Leen Verstraete · layout@mloz.be
Photos
Reporters
Traduction
Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck
Editeur responsable
Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Vous voulez recevoir le magazine régulièrement ou abonner vos collègues ?
Ecrivez-nous !
Union Nationale des Mutualités Libres
Health Forum
Rue Saint-Hubert 19
1150 Bruxelles
T 02 778 92 11
Ou envoyez-nous un mail à **health-forum@mloz.be**
Suivez-nous sur Twitter ! **@HealthForumFR**

Sommaire N°18

Juin 2014

3 Edito

5 Le saviez-vous ?

6 Dossier
Quelle(s) politique(s) de santé demain à Bruxelles?

13 Espace Prestataires
Accréditation des hôpitaux en Belgique : on avance !

Le Débat

Sexualité des seniors - Coup de foudre à la maison de repos

Soins transfrontaliers : mode d'emploi

22 Etudes
Consommation d'antidépresseurs chez l'adulte : impact sur les autres aspects des soins

Consommation de médicaments en maison de repos

30 Partenariat
Visite aux mutualités béninoises et togolaises

32 Event
Symposium "Dents soignées, santé préservée !"

34 Kiosque

www.mloz.be

Dossier

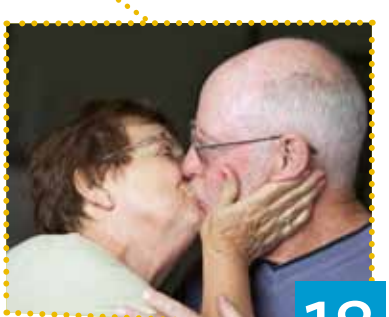
Quelle(s) politique(s) de santé demain à Bruxelles?

La capitale belge a une place à part dans le paysage des soins. Complexité institutionnelle, diversité de la population et offre de soins concentrée en font un kaléidoscope parfois difficile à appréhender. Quelles sont les particularités de santé des habitants bruxellois ? Quelle est leur consommation de soins ? Au lendemain des élections, un dossier pour décoder les enjeux bruxellois.

6

Sexualité des seniors

Coup de foudre à la maison de repos



Les liaisons amoureuses et la sexualité sont encore des sujets tabous en maison de repos. Dans des structures médicalisées, rythmées par les soins et marquées par la dépendance de nombreux pensionnaires, la notion d'intimité ne va pas de soi.

18

Etude

Consommation d'antidépresseurs chez l'adulte : impact sur les autres aspects des soins

La consommation importante et croissante d'antidépresseurs est régulièrement médiatisée. Les Mutualités Libres ont analysé l'utilisation des antidépresseurs dans un contexte plus large : premier prescripteur, co-morbidités, suivi d'une psychothérapie ou hospitalisations, quelles sont les tendances ?

22

Dixit

"Face au cancer, la solidarité avant tout !"

"Faut-il exclure de la sécurité sociale les fumeurs ou ne plus rembourser le traitement de leur cancer du poumon ? Dans cette "logique" d'exclusion, on pourrait aussi viser tous ceux qui ont des kilos superflus (30 à 50% de la population adulte). Ajoutons-y tous ceux qui boivent plus d'un verre de boisson contenant de l'alcool par jour. Sans oublier tous les adeptes du bronzage. Bref, une sécurité sociale bâtie sur de tels principes ne concernerait plus grand monde. La solidarité est indispensable face aux cancers : solidarité du grand public pour nous aider à financer la recherche, solidarité des pouvoirs publics pour rembourser des traitements impayables pour les particuliers, solidarité des soignants pour travailler en équipes pluridisciplinaires, solidarité des familles et des proches autour des malades, solidarité des patients entre eux."

La Fondation contre le Cancer a réagi suite aux résultats de l'étude "Vos soins de santé, Votre avis compte !", présentée par l'INAMI au printemps 2014.

www.cancer.be

9,22 kg

C'est le poids moyen de pommes fraîches mangées par un Belge en une année.

D'après une enquête de GfK Panel Services Belgium

12 millions

de personnes seraient concernées par un diagnostic erroné aux Etats-Unis.

Selon une étude publiée dans le British Medical Journal.

De l'art urbain contre le sida

Une énorme fresque urbaine a été réalisée au cœur du quartier des Marolles à Bruxelles (290, rue Haute). Peinte par les artistes Denis Meyers et Arnaud Kool, cette œuvre entend rappeler les questions essentielles liées à la lutte contre le sida : utilisation du préservatif, dépistage et intégration des personnes séropositives dans la société. Une initiative de la Plate-Forme Prévention Sida avec le soutien de la ville de Bruxelles, du CPAS de Bruxelles et de l'Hôpital Saint-Pierre.

Une vidéo retraçant le travail artistique et les thématiques abordées est disponible sur www.preventionsida.org.

Par **Stéphanie Brisson** - stephanie.brisson@mloz.be

En couverture

Quelle(s) politique(s) de santé demain à Bruxelles?

Soins de santé à Bruxelles : un tableau contrasté p. 7
Interview Xavier Brenez : “Communautaire ou multiculturel : quel modèle pour Bruxelles ?” p. 11
Politique de santé : agir sur tous les fronts p. 13

Photo : Reporters © www.atomium.be - SABAM Belgium 2014

Soins de santé à Bruxelles : un tableau contrasté

La capitale belge a une place à part dans le paysage des soins. Complexité institutionnelle, diversité de la population et offre de soins concentrée en font un kaléidoscope parfois difficile à appréhender. Quelles sont les particularités de santé des Bruxellois ? Quelle est leur consommation de soins ? Au lendemain des élections, un dossier pour décoder les enjeux bruxellois.

Jeune, multiculturelle, déprimée et précaire : tel semble être le portrait de Bruxelles. Mais la réalité est plus fragmentée. Le taux de natalité de la capitale est plus élevé que la moyenne belge avec 16 naissances pour 1.000 personnes, ce qui explique le rajeunissement de ses habitants. La situation est très variable d'un quartier à l'autre : les habitants les plus âgés résidant à Ganshoren, les plus jeunes à Saint-Josse-Ten-Noode. Comme capitale, Bruxelles réunit plusieurs communautés : 28% des habitants n'ont pas la nationalité belge, avec des habitudes de vie et de soins multiples. Un tiers des habitants de la capitale vit sous le seuil de pauvreté. 28% des Bruxellois ont un statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée), soit un taux 2 fois plus important que celui de la Flandre et 1,5 fois plus important que celui de la Wallonie. Côté habitudes de vie, la dépendance à l'alcool reste un problème préoccupant en Région bruxelloise : un homme sur 3 et une femme sur 5 ont une consommation d'alcool à risque. Rayon tabac, c'est à Bruxelles que l'on rencontre les plus gros fumeurs : ils sont 9,4% à fumer plus de 20 cigarettes par jour contre 6,6% en Flandre et 7,4% en Région wallonne.

Champions du report des soins

Le pourcentage de ménages déclarant avoir dû postposer des soins de santé est plus élevé en Région bruxelloise (26%) qu'en Région wallonne (14%) et flamande (11%). Selon l'enquête de santé, les ménages bruxellois postposent plus souvent des soins pour des raisons financières que les ménages des deux autres régions, et ceci malgré une offre en services de santé très diversifiée et riche à Bruxelles. La santé bruxelloise serait à première vue liée à la précarité de ses habitants. La situation est cependant plus nuancée et mérite d'abattre quelques clichés. Les inégalités de santé sont en outre fortement liées à de multiples facteurs dépassant le cadre de la santé (voir article p. 11). D'un quartier à l'autre, d'une communauté à l'autre, d'un statut social à l'autre, les tendances se renforcent ou s'inversent.

Multiculturalité

Ainsi, une partie de la population bruxelloise d'origine étrangère doit faire face à un statut précaire qui explique un moins bon accès aux soins, mais a des habitudes de vie qui prémunissent d'autres pépins. Un nouveau-né sur deux a une maman étrangère, ce qui entraîne parfois un suivi moins strict de la santé périnatale, avec les risques de décès prématurés qui y sont liés. Mais ces données sont contrebalancées par le fait que pour ces mamans, pratiquer l'allaitement est une évidence. Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité (9 mamans sur 10) est en effet nettement plus élevé en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays.
Les Bruxellois de nationalité marocaine présentent des taux de mortalité dans l'année étudiée nettement plus faibles que la population belge. "Cette plus faible mortalité s'explique en grande partie par des habitudes de vie globalement favorables à la santé : consommation régulière de fruits, de poisson, faible consommation d'alcool et de tabac. Malgré ça, la santé des femmes marocaines et turques est altérée par une fréquence élevée d'obésité et de diabète, favorisés par le manque d'activité physique et certaines habitudes alimentaires", constate-t-on à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles.

Consommation des soins

Si les Bruxellois se distinguent dans certains domaines de santé, leur consommation des soins est aussi très particulière. La plupart des acteurs constatent un déséquilibre entre la première et la deuxième ligne de soins. Ainsi, à Bruxelles, on visite moins le généraliste : le nombre de contacts annuels moyen est de 3,9 en Région bruxelloise alors qu'il est de 4,7 en Région flamande et de 4,5 en Région wallonne. Les médecins généralistes sont surtout situés dans les communes du Sud de Bruxelles et à Berchem-Sainte-Agathe. Les soins à domicile sont aussi peu utilisés dans les foyers bruxellois : seuls 2,4% des Bruxellois ont fait appel à une infirmière à domicile dans les 12 mois précédant

...

l'enquête de santé publique pour 5,6% en Flandre et 5,1% en Wallonie.
Où vont donc les habitants bruxellois pour se faire soigner ? A l'hôpital ou chez un spécialiste ! Plusieurs raisons expliquent cette spécificité bruxelloise. Bruxelles compte 24 hôpitaux sur son territoire dont 3 hôpitaux universitaires qui attirent aussi de nombreux non-Bruxellois. Une offre très importante donc, qui incite les habitants à se rendre directement à la consultation d'un(e) spécialiste. Avec une contradiction marquante : les résultats de l'enquête de santé publique montrent que c'est à Bruxelles que l'on se rend le plus chez le spécialiste (en moyenne 3 contacts par an). Et pourtant ! Il apparaît que 11% des Bruxellois qui auraient dû se rendre chez un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois ne l'ont pas fait, pour des raisons financières (contre 6% en Région wallonne et 5 % en Flandre).

Trop d'urgences

La présence des nombreux hôpitaux facilite aussi le recours aux urgences à Bruxelles. On compte 40 contacts annuels pour 100 personnes par an à Bruxelles pour 25 en Wallonie et 15 en Flandre. 4% des Bruxellois n'ont pas consulté de médecin généraliste avant de se rendre aux urgences contre 2% en Wallonie et 1% en Flandre. Enfin, selon la Fédération des Maisons médicales, 1 Bruxellois sur 10 se fait soigner en maison médicale. Il existe dans la capitale presque 50 maisons médicales qui doivent parfois refuser des patients ou faire face à une pénurie de prestataires de soins de première ligne.
Un manque de professionnels qui est aussi mis en avant par d'autre intervenants. Dans son plan stratégique 2011-2015, Huis voor Gezondheid, un organisme qui sert de point de contact pour les prestataires de soins bruxellois néerlandophones, rappelle les problèmes de recrutement auxquels doivent faire face certaines institutions de soins : il manquerait 1.841 temps plein en personnel infirmier d'ici 2015 à Bruxelles.
Toutes ces données éclairent bien la difficulté de cerner le secteur de la santé dans la capitale belge. Un paysage très contrasté et multidimensionnel, qu'il est difficile de couler dans un modèle figé. A cela s'ajoutent par une fragmentation des institutions politiques et des interrogations face aux conséquences de la 6e réforme de l'Etat. Tant pour les professionnels de soins que pour les patients, travailler et se soigner à Bruxelles n'est pas toujours un long fleuve tranquille.

Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Tous les chiffres de cet article sont issus de l'Enquête de santé publique 2008 et du Tableau de bord 2010 de la santé en Région bruxelloise.

Maladies "bruxelloises" ?

L'Observatoire de la santé compile régulièrement un impressionnant nombre de données sur l'état de la santé des Bruxellois. Les affections et maladies sont multiples. Les principales différences par rapport aux autres régions sont surtout liées aux conditions de vie d'une partie des habitants de la capitale.

- **Un quart des Bruxellois souffre de maladie chronique, une proportion plus élevée que dans les deux autres régions, mais semblable à Anvers et à Gand.**
- **Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un tiers des décès dans la population, mais la Région bruxelloise est parmi les régions qui enregistrent un taux de mortalité cardiovasculaire le plus faible d'Europe.**
- **Le cancer est la cause d'un quart des décès à Bruxelles.**
- **La tuberculose tue 28 habitants sur 100.000 à Bruxelles et y est 3 à 4 fois plus élevée qu'en Wallonie et en Flandre. Ceci s'explique en partie par la présence de populations originaires de pays à haute prévalence de tuberculose.**
- **En matière de santé mentale, la situation est plus défavorable en Région bruxelloise : 34% des personnes sont en difficulté psychologique, contre 29% en Région wallonne et 23% en Flandre.**
- **Les troubles dépressifs sont aussi proportionnellement plus fréquents en Région bruxelloise (14%) que dans les deux autres régions (8% en Région flamande, 11% en Wallonie).**
- **En 2007, on a enregistré 154 décès par suicide. Pour les femmes, le taux de suicide en Région bruxelloise est parmi les taux les plus élevés d'Europe.**

www.observatbru.be

Photo : Reporters © www.atomium.be - SABAM Belgium 2014

Casse-tête institutionnel

Communautaire ou multiculturel : quel modèle pour Bruxelles ?

Parler de soins de santé "bruxellois" est compliqué ! Notre capitale est très complexe et différents systèmes de santé y cohabitent, avec des budgets inégaux et insuffisants. La 6e réforme de l'État vient compliquer la donne et soulève la question du 'modèle bruxellois'. Chiffres à l'appui, Xavier Brenez, Directeur Général de l'Union Nationale des Mutualités Libres, tente de détricoter l'écheveau bruxellois.

À quoi ressemble le paysage des soins bruxellois actuel ?

Xavier Brenez - C'est un paysage très particulier. La précarité y est importante. Un tiers des habitants vivent sous le seuil de pauvreté, soit 2 fois plus que dans les autres régions. Tant en ce qui concerne les affections chroniques que psychiques, Bruxelles est en tête. Alors que les chiffres de l'INAMI indiquent une forte sous-consommation des soins de première ligne, plus de la moitié des Bruxellois n'ont, par exemple, pas de médecin généraliste et les soins à domicile sont peu utilisés en comparaison avec le reste de la Belgique. En cas de problèmes de santé, la population bruxelloise a plus tendance à se rendre directement chez un spécialiste ou à l'hôpital, en raison notamment de l'importante offre d'hôpitaux et de soins spécialisés à Bruxelles et du fait que certaines populations ne recourent pas au médecin généraliste.

Les soins sont-ils plus chers à Bruxelles que dans le reste de la Belgique ?

X.B. - Un problème d'accessibilité n'est pas toujours financier. À Bruxelles, ce sont les suppléments de soins qui sont plus élevés. Une chambre privée dans un hôpital bruxellois revient beaucoup plus cher qu'en Flandre ou en Wallonie ! Mais le manque d'accessibilité découle de plusieurs facteurs. Les Bruxellois ne sont pas toujours au courant des avantages auxquels ils ont droit, comme le statut BIM. Les barrières culturelles et psychosociales empêchent également certains Bruxellois de consulter un médecin généraliste. Ce sont des aspects auxquels nous devons travailler via une approche médico-sociale, à savoir renforcer les soins de première ligne, quartier par quartier.

Les Bruxellois âgés sont nombreux à vivre en maisons de repos et établissements de soins et payent parfois plus de 1.500 euros par mois pour une place. Comment l'expliquer ?

X.B. - Bruxelles compte 154 maisons de repos avec plus de 15.000 lits. La majorité sont des établissements privés, ce qui explique les prix élevés. Le recours important aux maisons de repos découle de différents facteurs. Premièrement, les alternatives ne sont pas nombreuses : les soins à domicile, habitations groupées, serviceflats sont des initiatives qui ne sont pas encore suffisamment soutenues. Le phénomène de l'isolement dans les grandes villes joue également un rôle et explique que les personnes âgées préfèrent séjourner en maison de repos. Ajoutez à cela les frais de logement élevés à Bruxelles et le choix est vite fait pour de nombreuses personnes ! En conséquence, nous constatons que de nombreuses personnes non dépendantes séjournent dans les maisons de repos en comparaison avec les deux autres régions. Celles-ci pourraient très bien être soignées à domicile. Il y a donc moins de place pour les seniors dépendants. Pour offrir des solutions aux personnes dépendantes, nous devrons opérer des transferts structurels et développer des places en maisons de repos et de soins pour se concentrer sur les soins les plus lourds.

La 6e réforme de l'État confie notamment les soins aux personnes âgées, le support aux soins de première ligne et certains aspects de la politique hospitalière aux entités fédérées. Vu les structures institutionnelles à Bruxelles, cela ne va pas être simple d'accueillir les nouvelles compétences...

X.B. - Bruxelles est déjà un vrai casse-tête institutionnel que personne ne comprend ! Demain, à défaut de simplifier les choses,

...

cela risque d'être ingérable. En matière de santé, les nouvelles compétences seront partagées dans trois régimes : COCOF (francophone), VGC (flamand) et COCOM (bicommunautaire). Alors qu'une approche régionale et homogène sera mise en place en Flandre et en Wallonie, Bruxelles risque d'évoluer vers une structure fragmentée. Selon quel modèle allons-nous mener la politique de santé ? Un modèle multiculturel au sein duquel chaque Bruxellois est égal, qu'il parle français, néerlandais, anglais ou arabe ? Ou un modèle communautaire au sein duquel un habitant jouit d'une certaine protection sociale en fonction de sa langue ? Le premier système serait le plus logique, avec les mêmes règles pour tout le monde, et en ligne avec la réalité socio-culturelle de Bruxelles. C'est un véritable choix de société pour Bruxelles, qui va bien au-delà des soins de santé. Si nous ne tranchons pas cette question, nous resterons dans un modèle flou et peu lisible qui sera défavorable aux Bruxellois, avec à la clé des problèmes d'inefficience, d'accessibilité, de financement. Sans oublier les risques de "gaming".

Qu'est-ce que le "gaming" ?

X.B. - Dans la mesure où trois systèmes de soins cohabitent à Bruxelles pour les maisons de repos, les acteurs privés pourront choisir celui avec lequel ils souhaitent travailler. Les normes pourront différer d'un système à l'autre, en matière d'encadrement infirmier par exemple, ce qui induira une structure de coûts différente si vous travaillez dans le régime francophone, néerlandophone ou bicommunautaire. Un risque de "gaming" existe qui implique qu'une maison de repos privée pourra choisir le système de soins le plus à son avantage, ce qui créera un climat malsain à Bruxelles. Tout ceci pourrait être évité en optant pour plus de simplification institutionnelle à Bruxelles et en concentrant toutes les matières au niveau de la Région bruxelloise avec un régime unique.

Le financement constitue un autre problème à Bruxelles...

X.B. - Le problème global du financement de Bruxelles n'est pas nouveau et il risque d'être accentué par le transfert des nouvelles compétences. Premièrement, le plus gros morceau des nouvelles compétences concerne les soins aux personnes âgées. Les moyens transférés seront inférieurs aux besoins, ce qui a été décidé consciemment pour faire porter une partie du poids du vieillissement sur les entités fédérées. Ce qui signifie qu'il faudra trouver des moyens supplémentaires. Ceci pose un problème de fond pour les finances bruxelloises. Se pose aussi la question de savoir comment ces moyens éventuels pourraient être mobilisés et distribués. En Flandre et en Wallonie, ces matières seront gérées par la Région dans le cadre d'un budget global. On pourra donc faire des transferts entre les différentes politiques : soins de santé, emploi, sport, logement, etc. A Bruxelles, les budgets sont morcelés dans différentes structures institutionnelles, ce qui empêche cette flexibilité. Mais de manière plus fondamentale, les Régions possèdent un levier fiscal qui peut être actionné pour lever des moyens supplémentaires. Ce n'est pas le cas pour la COCOF, la COCOM et la VGC qui dépendent de dotations. En résumé, se rajoutent au sous-financement de Bruxelles un problème de flexibilité budgétaire et un problème de levier fiscal.

> **Le "gaming" implique qu'une maison de repos privée pourra choisir le système de soins le plus à son avantage, ce qui créera un climat malsain à Bruxelles.**

La garantie de soins pour tous est-elle en danger à Bruxelles ?

X.B. - A terme, les risques ne sont pas à négliger. Pour éviter qu'ils se matérialisent, il faut travailler sur de nombreux axes : le paysage institutionnel, les déficits financiers, les barrières culturelles et psychosociales, une médecine psycho-sociale adaptée à chaque quartier, une vision claire sur les soins aux personnes âgées et de première ligne, une refonte du secteur hospitalier à Bruxelles pour plus de synergies... Bref un véritable chantier pour les décideurs politiques de demain. Sans compter que si ceux-ci veulent vraiment faire de la santé une priorité, ils devront également travailler sur les déterminants de la santé au travers de compétences qu'ils possèdent déjà comme l'emploi, l'environnement, le logement, l'enseignement... La politique des soins de demain doit intégrer ces facteurs qui constituent parfois un levier plus important pour améliorer la santé générale des Bruxellois.

Propos recueillis par **Hellen Smeets**

hellen.smeets@mloz.be

Politique de santé

Agir sur tous les fronts

Des habitants en bonne santé dans une ville qui offre les possibilités de le rester. Telle devrait être l'ambition de Bruxelles. Dans l'environnement urbain, plusieurs facteurs s'entrechoquent et ont un impact direct sur la santé des Bruxellois. La santé devrait donc être au cœur de chaque politique publique. Une réalité qui tarde à se concrétiser dans notre capitale, cependant compensée par des initiatives locales !

Emploi, logement, éducation, environnement, loisirs. Des domaines qui a priori ne sont pas associés à la santé. Et en tout cas, pas ou peu coordonnés au niveau politique. Un logement insalubre a des conséquences indéniables sur l'état de santé. Le stress ronge et a une influence nocive sur le physique et le mental. Une situation professionnelle peut mener au burn out, mais l'absence de travail aussi. Une jeune femme enceinte qui n'a pas d'information adéquate peut vivre des complications lors de sa grossesse. Avec l'alcool et le tabac qui viennent parfois alourdir les situations citées ci-dessus, voilà un florilège de facteurs néfastes pour la santé d'une partie des habitants de Bruxelles ! On comprend donc aisément pourquoi ces domaines doivent être appréhendés ensemble.

> **Comment espérer intégrer la santé dans toutes les politiques si on n'a déjà pas 'une' politique de santé ?**
> **Myriam De Spiegelaere**

La santé dans toutes les politiques

La santé doit être au centre de toutes les politiques publiques. Une recommandation majeure lancée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2010 et reprise par l'Union européenne. Cela signifie que la santé et le bien-être des citoyens doivent être des éléments-clés dans l'élaboration des politiques : économie et emploi, logement, alimentation, agriculture, éducation ou encore transports sont autant de domaines concernés par la santé.

Le lien entre ces politiques et la santé est évident lorsque que l'on sait que les conditions de vie, économiques, matérielles et environnementales ont un impact direct sur la santé. Les maladies chroniques, l'absentéisme professionnel, un habitat de faible qualité ou un environnement nocif s'agencent dans un cercle vicieux qui ne peut être brisé que par des politiques cohérentes et interdépendantes.

"A Bruxelles, c'est une mission ratée pour le moment !" Myriam De Spiegelaere, professeur à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB, n'y va pas par quatre chemins. "Il s'agit d'un des grands défis pour la santé à Bruxelles, ajoute-t-elle. Il faut arriver à une gouvernance intersectorielle, comme cela s'est fait pour la pauvreté. Mais il faut porter cela au plus haut niveau politique, avec des ministres qui doivent être les maillons forts de cette gouvernance, précise-t-elle. Cela ne se passe pas comme ça à Bruxelles parce que les ministres de la santé ont une casquette santé très minime. L'enjeu, avec le transfert de compétences, est de faire "remonter" la santé au niveau régional. Le saupoudrage entre commissions communautaires empêche la cohérence. Comment espérer intégrer la santé dans toutes les politiques si on n'a déjà pas 'une' politique de santé ?", s'interroge le professeur de santé publique. Même son de cloche chez Luc Detavernier, expert matières régionales aux Mutualités Libres : "Aujourd'hui, les compétences de santé à Bruxelles sont morcelées entre plusieurs ministres, ce qui rend la cohérence difficile et empêche une attention suffisante pour certaines matières. Ne serait-il pas plus efficace de réunir tous les aspects de santé au sein d'un seul ministère ?".

• • •

Innover

Myriam De Spiegelaere relève la présence très marquée du secteur associatif à Bruxelles. Les associations jouent un rôle essentiel qui répond clairement aux manques politiques. "Elles permettent de combler des besoins à certains niveaux. Cela ne règle pas tous les problèmes, mais ça aide, affirme Myriam De Spiegelaere. Le secteur associatif joue aussi un rôle d'innovation et de créativité : il imagine des réponses nouvelles, par exemple face aux inégalités de santé. C'est aussi le lieu de répercussion du vécu des gens". L'Observatoire de la santé et du social à Bruxelles est à ce niveau très utile pour jouer l'intermédiaire et faire le lien entre ces deux thématiques.

Rapprocher le citoyen de sa santé

Les conditions socio-économiques et le milieu de vie, les déterminants de santé (éducation, milieu de vie, difficultés financières, etc), sont clairement identifiés comme la source des inégalités. Et ce sont ces déséquilibres qu'il faut gérer pour pouvoir améliorer la santé globale de la population bruxelloise.
C'est pourquoi quelques acteurs se mobilisent pour agir sur les inégalités de santé en les abordant par d'autres biais. Une série de projets bruxellois ont ainsi été soutenus par la Fondation Roi Baudouin avec l'objectif de rapprocher de la santé les publics dits fragilisés. C'est le cas par exemple de l'association Buurtsport qui a initié un projet pour inciter les jeunes femmes issues de l'immigration à faire du sport et à adopter un mode de vie équilibré. Pour cela, l'association a proposé des services adaptés à ces trentenaires avec travail et vie de famille. Accompagnées par Buurtsport, toutes les femmes participant au projet ont opté pour un abonnement dans une salle de fitness et ont suivi des ateliers sur l'alimentation et la santé avec une diététicienne d'une maison médicale.

Agir localement

Ce type de projet s'inscrit dans l'action en santé communautaire : une démarche entreprise collectivement par une "communauté" de personnes pour agir sur les déterminants de sa santé. Cela peut se mettre en place grâce à des réseaux informels d'habitants, mais aussi par les structures implantées dans les quartiers. C'est par exemple toute la philosophie des maisons médicales.
"L'action communautaire implique de soutenir la participation des personnes : les usagers, citoyens ou habitants d'un quartier organisent des activités favorisant leur santé, explique Isabelle Heymans, secrétaire générale de la Fédération des Maisons médicales. En maison médicale, nous avons cette préoccupation constante et notre vision inclut l'éducation santé et la prévention, en les intégrant au moment de la consultation ou lors de campagnes spécifiques, comme le vaccin contre la grippe. Il y a aussi des événements plus collectifs : groupes de parole et d'échanges, activités organisées sur le tabac, l'alimentation, le sport", explique Isabelle Heymans. Le médecin de formation résume l'action communautaire comme un moyen de soutenir l'émancipation citoyenne à l'intérieur des quartiers afin de permettre aux gens de voir quelles sont leurs conditions de vie, de décider qu'ils peuvent améliorer leurs conditions de vie et de chercher des manières de le faire.

Le réseau, acteur d'avenir

Si beaucoup d'initiatives sont ancrées dans les quartiers et concernent principalement leurs habitants, un projet de grande envergure lié à la santé mentale illustre très bien le principe de réseau en santé et d'interactions entre divers domaines de la vie d'un patient. Le "projet 107" vise à intégrer les soins de santé mentale dans une vision globale. Il favorise le travail en réseau, en partenariat avec la famille et le milieu de vie du patient. Il dépasse donc le cadre de la santé et les murs de l'institution. Une belle source d'inspiration pour sortir des limites et améliorer la santé à Bruxelles.

Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Bruxelles, ville région en santé

Début des années 2000, Bruxelles a rallié le réseau des "villes santé", une initiative de l'OMS. L'objectif est de permettre aux citadins de participer à l'amélioration de leur santé afin de réduire les inégalités sociales en santé, de favoriser la coopération transversale entre organismes et institutions (transport, emploi, environnement, etc.) ou encore d'œuvrer à ce que les différentes politiques menées sur le territoire régional soient respectueuses de la santé publique. Quelques projets locaux ont vu le jour à Bruxelles, comme la réouverture d'une piscine à Schaerbeek, sur impulsion des habitants du quartier. Le suivi du projet "ville santé" est assuré par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. L'objectif est de travailler au niveau institutionnel, de dégager des leviers pour permettre à des initiatives d'être étendues à l'ensemble des quartiers. Avec le but final d'agir sur les déterminants de santé et d'appliquer le principe de la santé dans toutes les politiques.

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles
Miguel Rwubu - mrwubu@ccc.irisnet.be

Accréditation des hôpitaux en Belgique : on avance !

Les classements internationaux placent le système de santé belge de façon avantageuse par rapport aux autres pays européens. Pourtant, jusqu'à récemment, aucune évaluation objective ne venait étayer cette idée de la qualité des soins dispensés à l'hôpital. Un fait relevé par le KCE en 2008. Depuis lors, les choses ont évolué favorablement, tant au nord qu'au sud du pays.

Cette lacune en matière de mesure de la qualité restait étonnante puisque des outils d'audit externe de la qualité dans les hôpitaux étaient disponibles (certification ISO, modèle EFQM, accréditation). Depuis quelques années, la situation a évolué favorablement, différemment selon les niveaux de compétence et les régions. Le fédéral a mis en place plusieurs dispositifs qui contribuent à la qualité des soins : les collèges de médecins, les contrats "coordination de la qualité et de la sécurité des soins et du patient", l'enregistrement obligatoire des infections nosocomiales...

Qualité et sécurité

Les contrats "coordination de la qualité et de la sécurité des soins et du patient" constituent une approche structurelle de la qualité et de la sécurité du patient à l'hôpital. Ils ne sont pas obligatoires, mais actuellement, 91% des hôpitaux belges ont signé un contrat avec le SPF Santé publique afin d'utiliser et d'évaluer les indicateurs de qualité et de sécurité. L'utilisation effective de ces indicateurs et le respect du contrat sont vérifiés annuellement.

Cette initiative jouit d'un budget global de 7,2 millions d'euros qui est réparti entre les hôpitaux signataires via le Budget des Moyens Financiers. Un second plan, étalé de 2013 à 2017, met l'accent sur l'auto-évaluation, l'amélioration des processus et une évaluation externe du fonctionnement hospitalier. Ce contrat n'est pas lié à une accréditation de l'hôpital. Mais c'est une étape intéressante.

L'évolution des mentalités et les transferts de compétences d'une partie du système des soins de santé ont renforcé l'intérêt pour l'accréditation et généré de nouvelles attentes. Tant de la part du public et des organisations de consommateurs qui demandent une transparence des informations sur la sécurité et la qualité des soins, que de la part des mutualités, des hôpitaux ou des professionnels eux-mêmes qui désirent améliorer leurs pratiques.

La Flandre, pionnière

La Flandre s'est lancée la première dans la quête d'une évaluation objective de la qualité des soins dans ses hôpitaux. Elle a mis en place le projet "Quality Indicators" pour les patients et les professionnels du secteur hospitalier. Cela consiste en un set de base de 34 indicateurs de qualité dans 5 domaines : les soins de la mère et de l'enfant, l'orthopédie, la cardiologie, l'oncologie et des éléments comme l'hygiène des mains et, enfin, les réadmissions.

...

Ces indicateurs doivent permettre aux hôpitaux flamands d'analyser leurs résultats en matière de qualité et de lancer des mesures d'amélioration, si nécessaire. Un des objectifs explicites de l'initiative est d'améliorer la transparence des informations vis-à-vis des patients afin de permettre à ces derniers d'apprécier l'implication des hôpitaux dans l'amélioration de la qualité des soins. Un autre objectif est que les hôpitaux publient volontairement les résultats sur leurs sites web. Les premiers résultats ont été publiés fin 2013.

En effet, une trentaine d'hôpitaux ont publié sur leur site internet les résultats de 3 indicateurs. Pour la première fois, les citoyens peuvent obtenir des informations sur le traitement du cancer du sein, l'hygiène des mains et la satisfaction des autres patients. Ces premiers chiffres montrent que la qualité des soins est très variable d'un hôpital à l'autre.

D'autre part, à l'initiative des autorités publiques flamandes, et en contrepartie d'une inspection allégée des normes d'agrément, 58 hôpitaux se sont engagés dans un processus d'accréditation sur base volontaire (septembre 2013), mais avec l'appui des fédérations hospitalières flamandes regroupées au sein d'une plateforme qui favorise les échanges d'expérience entre les hôpitaux. En Flandre, l'accréditation n'est pas seulement explicitement indiquée dans l'accord de gouvernement flamand, mais constitue aussi une partie importante de l'initiative Flanders'Care.

La Wallonie, initiatives non coordonnées

Dans la partie francophone du pays, la réflexion autour de la problématique de l'accréditation s'est intensifiée à la suite de l'initiative du pouvoir politique flamand. Les acteurs hospitaliers francophones ont d'abord décidé d'adhérer aux initiatives fédérales, notamment le contrat "coordination de la qualité et de la sécurité des soins et du patient" du SPF Santé publique, n'ayant reçu aucune directive en matière de processus d'accréditation de la part des autorités wallonnes. Pour alimenter la réflexion, la fédération Wallonie-Bruxelles a commandité en 2013 une recherche ciblée sur la préparation des hôpitaux à l'accréditation qui a abouti à la rédaction d'un guide en la matière.

Sur le terrain, individuellement, certains hôpitaux ont pris contact avec des organismes d'accréditation reconnus. D'autres projets et initiatives ont été développés par les différents acteurs du monde des soins de santé mais aucune coordination entre les diverses initiatives n'avait lieu jusqu'à présent.

Une plateforme francophone

Fin 2012, les mutualités, les organisations représentatives des hôpitaux francophones, les écoles de santé publique de 3 grandes universités (UCL, ULB et ULg) ainsi que les autorités régionales et l'association francophone des médecins-chefs ont décidé de mettre en place une plateforme de concertation pour l'accréditation des hôpitaux francophones de Belgique (Plateforme Amélioration continue Qualité des soins et Sécurité des patients - PAQS). La vision de cette plateforme francophone est très claire : apporter un soutien aux hôpitaux et hôpitaux psychiatriques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité en faisant la promotion de l'amélioration continue.

La plateforme n'a pas pour mission d'inciter les hôpitaux francophones à utiliser tel ou tel organisme accréditeur mais elle va s'efforcer de convaincre les hô-

...

"Un souhait continu d'améliorer la qualité des soins"

Vera De Troyer
ICURO

Quelles sont les premières réactions des hôpitaux par rapport à l'accréditation ?

Les hôpitaux qui ont déjà obtenu une accréditation indiquent clairement que l'accréditation a réellement motivé l'institution à implémenter la politique de qualité et de sécurité des patients de manière durable. Une grande prise de conscience existe à ce niveau, ainsi qu'un souhait continu de poursuivre l'optimisation de la qualité des soins.

Quels sont les frais directs liés à l'accréditation que les hôpitaux doivent prendre en charge ?

Les frais directs liés à l'accréditation sont uniquement les frais payés par les hôpitaux aux instances d'accréditation. Il est important de souligner que ce ne sont pas les seuls frais, mais uniquement le "sommet" de l'iceberg. Les hôpitaux investissent également dans de nombreux autres éléments qui sont tout aussi essentiels et contribuent à l'obtention d'un label d'accréditation. Nous pouvons, par exemple, penser à un EPD, un système de gestion des documents, ou encore un manager pour diriger le processus.

pitaux de l'atout de l'accréditation en termes de recherche permanente de la qualité et de la sécurité. La plateforme a rencontré les 3 organismes accréditeurs les plus importants du marché : Accréditation Canada International (ACI), Haute autorité de Santé (HAS) et Joint Commission International (JCI).
Afin de sensibiliser les décideurs hospitaliers, les médecins, le personnel soignant, mais aussi les autres acteurs hospitaliers, la plateforme de concertation sur l'accréditation a planifié des activités scientifiques (principalement des formations) pour 2013 et 2014. Le but est de sensibiliser les intervenants à l'utilité du processus d'accréditation, non seulement pour l'hôpital mais aussi pour la collectivité.

De l'action !

Si au niveau des hôpitaux, on est en phase d'éveil, au niveau politique wallon, la problématique de la qualité des soins à l'hôpital a enfin dépassé le stade de la déclaration d'intention puisque un budget spécifique sera octroyé pour une durée de trois ans (190.000 euros par an sur 3 ans).
La qualité des soins est entrée dans les faits via d'abord le plan "qualité des soins" en août 2013 et dans la feuille de route du plan Marshall 2022 : "Soutenir l'innovation et la qualité dans les hôpitaux (...) notamment au travers d'une démarche d'accréditation". Cela découle de la 6e réforme de l'Etat qui prévoit que la réglementation du contrôle de la qualité et l'évaluation de la qualité des soins deviennent une compétence des Régions et Communautés.

Et Bruxelles ?

A Bruxelles, les autorités régionales commencent à bouger doucement. Mais il n'y a ni déclaration d'intention ni budget sur la table pour s'occuper de la problématique de la qualité et de la sécurité du patient à l'hôpital et encore moins pour l'accréditation des hôpitaux bruxellois. La complexité institutionnelle bruxelloise est vraisemblablement responsable de cette situation.
Les Mutualités Libres s'investissent dans la problématique de l'accréditation des hôpitaux notamment par une participation active dans la PAQS. L'objectif est de garantir une sécurité optimale aux affiliés lors de séjours hospitaliers ainsi que la meilleure qualité des soins possible. En outre, l'accréditation devrait aussi permettre de réduire les coûts pour la société, générés par la non-qualité. Nous allons suivre de près l'évolution de cet important dossier dans son implémentation sur le terrain.

Rudy Van Tielen
Service Etudes & Stratégie

"Assurer une cohérence"

Denis Herbau
Coordinateur de la PAQS et directeur Etudes et Qualité, Santhea

La Région wallonne soutient depuis 2013 les travaux en lien avec l'accréditation, qu'en est-il à Bruxelles ?
En août 2013, la Région wallonne a approuvé un plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers, afin de réfléchir globalement à l'état actuel des normes hospitalières, à leur évolution nécessaire, à l'inspection ou encore à la question des indicateurs et à leur publicité. Un budget a été octroyé pour concrétiser ce projet et dont une partie a été confiée aux fédérations hospitalières afin d'opérationnaliser un des axes du plan. A Bruxelles, un budget de 65.000 euros a été consacré en grande partie à une étude interuniversitaire afin de savoir quel système installer à Bruxelles afin d'articuler l'inspection, les normes d'agrément et l'accréditation.

Quelles sont les difficultés rencontrées dans le fonctionnement de la plateforme ?
La première difficulté réside dans la variété des acteurs au sein de la plateforme : il faut pouvoir gérer la multitude d'intérêts, parfois divergents, de réseaux ou de profils. Mettre tout le monde d'accord sur une série de choses prend beaucoup de temps et d'énergie.
La deuxième difficulté provient du fait que la thématique de la qualité et de la sécurité et en particulier de l'accréditation, est relativement peu connue dans le secteur. Cela engendre une série de craintes, d'interrogations ou de fausses idées. Il y a donc un gros travail de communication et d'information à livrer.
Enfin, la plateforme doit assurer l'inventaire et la coordination de toutes les initiatives existantes. Il faut donc articuler tout ça pour que les hôpitaux puissent profiter d'une offre claire et cohérente en fonction des besoins. Assurer cette cohérence engendre une charge de travail importante.

Plateforme Amélioration continue Qualité des soins et Sécurité des patients (PAQS), www.paqs.be
ICURO http://icuro.be

Le Débat

Un "guide Michelin" des soins de santé ?

Pour 365 euros par an, la société belge Royal Doctors renvoie les patients vers le "bon" spécialiste, n'importe où dans le monde. L'objectif est d'informer les patients à la recherche d'un prestataire de soins spécialisé et de limiter le gaspillage. Une entreprise privée peut-elle assumer le rôle de guide pour les patients ? Un thème sensible au cœur d'un échange animé entre Philippe Van Wilder, Directeur Etudes et Stratégie de l'Union Nationale des Mutualités Libres, et Joris Vanvinckenroye, CEO de Royal Doctors.

Joris Vanvinckenroye
Royal Doctors

Philippe Van Wilder
Union Nationale
des Mutualités Libres

"Le bon médecin pour seulement 1 euro par jour". Voilà la promesse faite aux patients par Royal Doctors. Les personnes qui cherchent le bon médecin pour leur pathologie ou celles qui souhaitent un deuxième avis, ont parfois l'impression d'être dépassées par l'offre du monde médical. Elles peuvent alors s'adresser à cette société belge qui dispose d'un réseau mondial de plus de 750 médecins au sein de 250 hôpitaux. "J'ai travaillé chez Medtronic et j'ai pu voir la même opération dans des centaines de blocs opératoires. J'ai rapidement constaté d'importantes différences de qualité, déclare Joris Vanvinckenroye. C'est là que l'idée de Royal Doctors a germé, à savoir un réseau de bons spécialistes dans différents secteurs à qui nous pouvons envoyer des patients. Nous contrôlons cette base de données en permanence et nous y avons lié un modèle business. Nous travaillons pour des assureurs et des entreprises, mais le marché des particuliers a également marqué son intérêt pour ces services."

"Modèle sans transparence"

Philippe Van Wilder émet des réticences face à ce modèle, surtout face à son manque de transparence. "J'entends beaucoup d'affirmations, mais sans aucun fait ou chiffre pour les étayer. Les soins de santé sont une matière très complexe et la transparence est nécessaire pour garantir la qualité. Pensons à des projets comme l'accréditation et les indicateurs de qualité des hôpitaux, le Conseil National de Promotion de la Qualité, etc. Je ne suis donc pas du tout enclin à simplement accepter des affirmations d'acteurs non issus de la santé comme Royal Doctors, surtout si les chiffres ne sont pas divulgués", déclare-t-il.

Joris Vanvinckenroye estime quant à lui que les assureurs complémentaires belges copieraient le système d'accréditation de Royal Doctors si leurs normes étaient rendues publiques. "Il n'y a pas que la qualité en elle-même qui compte. Notre principale tâche consiste à renvoyer les patients vers le bon médecin. Notre système d'accréditation sert dès lors principalement à déterminer en quoi un médecin est bon, quel est son domaine de spécialité." Le CEO de Royal Doctors craint également que les médecins croulent sous les questions des patients si leurs noms étaient publiés. "Nos clients sont principalement des assureurs et des entreprises. Si toutefois

...

nous rendons notre site commercial et transparent pour le grand public, nous recevrons probablement des milliers de demandes par jour. Nos médecins et nous-mêmes ne pourrions pas toutes les traiter. Notre site est actuellement construit de manière à ce que nous ne recevions que 5 à 10 demandes de particuliers par jour. De cette manière, les médecins sont ravis de travailler avec nous."
Philippe Van Wilder marque son étonnement : "En tant qu'entreprise privée, vous n'allez quand même pas volontairement limiter les demandes à 5 à 10 ? Je souhaiterais voir des chiffres relatifs à la manière dont votre entreprise organise les soins. Vous devez quand même pouvoir prouver que vos services sont de qualité. Dans le cas contraire, je ne vois pas la plus-value."

Faire progresser l'ensemble du secteur des soins

En tant que Directeur Études et Stratégie de l'Union Nationale des Mutualités Libres, Philippe Van Wilder défend une autre vision. "Nous plaidons pour un modèle au sein duquel nous divulguons un maximum de chiffres. La Belgique compte environ 30.000 médecins. Nous souhaitons travailler avec l'ensemble de ce corps médical et pas seulement avec un petit pourcentage. L'afflux des malades chroniques ne fait que compliquer les soins de santé : il est dès lors essentiel de faire progresser l'ensemble du secteur. Pensons par exemple au Dossier Médical Global et aux indicateurs de qualité des hôpitaux. Établir un tel indicateur est très difficile et surtout délicat. C'est pourquoi il faut mesurer et suivre avec des instruments validés, pour ne pas se tromper. Si nécessaire, différentes parties doivent également contrôler le système. En un mot, un modèle plus complexe que ce que je peux lire sur le site de Royal Doctors."
Une position avec laquelle Joris Vanvinckenroye n'est pas d'accord. "Vous dépeignez un cadre plus large. Si seulement les soins dans notre pays étaient totalement transparents et chaque patient suffisamment informé pour savoir ce qu'il doit faire. La réalité est toute autre et c'est là que nous intervenons. En Belgique, le patient dispose d'une grande liberté et s'il estime qu'il n'est pas bien aidé, il peut nous contacter afin d'être renvoyé vers les bons soins. C'est ce que nous faisons et ça fonctionne !" De cette manière, Royal Doctors fait également des économies selon Joris Vanvinckenroye. "Un patient qui consulte le bon spécialiste arrête de chercher. Il y a également d'autres avantages. Un dossier médical d'une personne en incapacité de travail peut être revu par nos services et donc permettre à la personne concernée d'être éventuellement réinsérée sur le marché du travail. Ça en vaut la peine."

Qui est le "bon" prestataire de soins ?

Philippe Van Wilder et Joris Vanvinckenroye s'accordent toutefois sur un point, à savoir le rôle-clé du médecin généraliste. "La mission du médecin généraliste doit être rapidement renforcée, déclare avec conviction le CEO de Royal Doctors. Les médecins généralistes peuvent d'ailleurs également nous contacter pour obtenir des conseils. S'ils ne savent pas chez qui ils doivent envoyer leurs patients, nous leur faisons rapidement une suggestion gratuite."
Pour Philippe Van Wilder, le médecin généraliste est également incontournable, mais il se demande comment Royal Doctors sélectionne ses médecins. "Pourquoi Royal Doctors travaille-t-il avec un certain spécialiste et pas un autre ?", demande-t-il. "Nous passons par plusieurs phases, répond Vanvinckenroye. D'abord une phase de test suivie, entre autres, par l'accréditation et une post-évaluation. Nous avons donc des critères de sélection très stricts sur la base desquels nous tentons de choisir les bons médecins dans un certain contexte. C'est un exercice complexe, mais nous nous en sortons visiblement pas trop mal car nos patients sont généralement très satisfaits de nos propositions." Reste à savoir pourquoi Royal Doctors ne divulgue pas ces noms ? "Nous ne souhaitons pas mettre les médecins en avant, déclare Joris Vanvinckenroye. Une telle communication devient rapidement trop commerciale et la plupart de nos médecins n'apprécieraient pas. Pour éviter un afflux de patients, nous préférons rester discrets."

Phénomène d'entonnoir

Philippe Van Wilder n'en déplore pas moins le phénomène d'entonnoir que Royal Doctors suscite selon lui. "Si 100 médecins sont spécialisés dans une certaine intervention, pourquoi ne renvoyer les patients que vers 1 à 2 d'entre eux ?", demande-t-il. Joris Vanvinckenroye y répond en citant l'exemple du cardiologue Pedro Brugada. "Selon nous, il vaut toujours mieux frapper à la porte de Brugada pour le syndrome de Brugada* que chez quelqu'un d'autre. Un patient qui nous contacte ne souhaite pas non plus que nous le renvoyions au petit bonheur la chance vers quelqu'un que nous ne connaissons pas. Nous fonctionnons donc un peu comme un guide Michelin."
Philippe Van Wilder a toutefois du mal avec cette comparaison. "J'estime qu'on ne peut pas appliquer un tel principe aux soins de santé. Les soins de santé sont trop importants pour les faire dépendre d'une appréciation dont nous ne connaissons pas les critères. Un système d'étoiles n'est pas adapté à une matière aussi complexe pour laquelle il faut sans cesse aspirer à davantage de qualité. Ce modèle est dépassé selon moi."

propos recueillis par **Steven Vervaet**
steven.vervaet@mloz.be

*Maladie génétique rare, décrite par les frères Pedro et Josep Brugada.

Sexualité des seniors

Coup de foudre à la maison de repos

Les liaisons amoureuses et la sexualité sont encore des sujets tabous en maison de repos. Dans des structures médicalisées, rythmées par les soins et marquées par la dépendance de nombreux pensionnaires, la notion d'intimité ne va pas de soi.

Il n'y a pas d'âge pour tomber amoureux ! Germaine et André se sont rencontrés en maison de repos. A 76 et 85 ans, ils ont décidé de se marier. Deux résidents qui unissent leurs solitudes ? Pas uniquement : ils s'aiment ! Le phénomène des amours tardives reste pourtant tabou : poids des conventions sociales, gêne des enfants, pudeur sur la question de la sexualité. Et spécifiquement en maison de repos… Ces dernières n'accordent en effet que peu ou pas de place aux relations amoureuses. Plus particulièrement encore pour les "nouveaux" couples qui se forment au sein de l'établissement.

La quasi absence de formation des professionnels ainsi que le poids de leurs propres tabous amènent de nombreux soignants à adopter des comportements limitant l'autonomie et la liberté des personnes âgées : séparation des couples, acceptation des couples limitée aux couples mariés, refus de couples homosexuels…

Tabou

Le problème ne vient pas uniquement des membres du personnel mais également des regards désapprobateurs des autres résidents et souvent de la famille. Il est difficile pour une famille d'imaginer que leur mère, leur père ou leur grand-mère puisse redevenir une femme, un homme, par une nouvelle

• • •

Entretien avec une infirmière en chef

"Nous avons tous besoin de tendresse"

Françoise est infirmière en chef dans une maison de repos. Elle est confrontée régulièrement à des cas de rapprochements affectifs au sein de son établissement.

La Direction de votre établissement est-elle sensible aux amitiés amoureuses ou à la sexualité ?

Non… pas du tout. Tout rapprochement ou toute amitié amoureuse sont réprimés ! Nous avons eu quelques cas, mais pour certains, de gros problèmes de jalousies entre pensionnaires sont apparus et pour d'autres, la famille était tout à fait opposée. La Direction a donc décidé de bannir tout comportement équivoque dans la maison de repos. Je trouve cela dommage.

Vous avez une longue carrière… Les autres établissements adoptaient-ils le même comportement ?

J'ai travaillé dans un établissement privé, où les relations amoureuses et même la sexualité étaient tolérées. Les infirmières avaient été sensibilisées par la psychologue, l'assistante sociale et moi-même afin de respecter l'intimité de chacun en frappant par exemple à la porte et en patientant quelques instants avant d'entrer. Lorsque deux pensionnaires se rapprochaient, nous en parlions en réunion avec la famille car il est vrai que pour certains enfants, il n'est pas facile d'imaginer son père ou sa mère éprouver des sentiments amoureux et encore moins de passer à l'acte. Mais c'était une petite structure et nous pouvions malgré tout prendre le temps de gérer cela tout en veillant bien sûr à la qualité des soins.

Pour vous, les relations affectives, même au sein d'une maison de repos, sont donc importantes ?

Oui ! J'ai remarqué que les pensionnaires amoureux sont plus souriants, font attention à leur apparence physique : les femmes se maquillent, les hommes sortent leurs beaux costumes. Ils participaient plus volontiers aux activités organisées par la maison. Nous avons tous besoin d'affection et de tendresse ! Et nos pensionnaires, ça les aide à vivre… tout simplement.

rencontre. Les parents sont souvent asexués pour leurs enfants.
Si les personnes âgées autonomes ont la chance de pouvoir conserver leur liberté sexuelle, en institution par contre, on considère la plupart du temps qu'elles doivent renoncer à cet aspect de leur vie. Les maisons de repos adoptent des attitudes très différentes par rapport à la sexualité de leurs résidents. De la permissivité à l'interdiction totale.

Une charte

Il existe pourtant une charte relative à la qualité des établissements pour personnes âgées centrée sur les besoins, les attentes et le respect des résidents afin d'améliorer leur qualité de vie. Les établissements qui s'engagent à la respecter doivent intégrer le principe suivant : "Respecter la dignité humaine, c'est-à-dire la reconnaissance de l'identité de chaque personne, le respect de l'histoire individuelle de chacun, de son intimité et de son espace personnel, de l'organisation de sa vie spirituelle... Cela implique entre autres, le droit à la vie privée, le droit à la vie affective, le droit à une vie sexuelle entre adultes consentants..."
A noter également que le décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées impose à tous les établissements "le respect des droits individuels des résidents et la garantie du respect de leur vie privée, affective et sexuelle."

Quelques chiffres

L'activité sexuelle diminue avec l'âge, mais ne s'arrête pas, même après 75 ans. Le New England Journal of Medecine a publié une étude menée auprès des 57-85 ans. Parmi les 75 à 85 ans, 26% reconnaissent avoir eu une relation sexuelle dans l'année. Ce pourcentage double chez les 65-74 ans.
Une autre étude, française celle-ci, nous apprend que 63% des hommes entre 80 et 102 ans ont des relations sexuelles au moins 1 fois par mois... Mais les statistiques en maison de repos tombent à 8% !
Il existe également de nombreuses études qui démontrent que privilégier des moments affectifs, relationnels et sexuels va non seulement améliorer la qualité de vie des personnes âgées, mais peut aussi allonger le temps de vie. Parce que comme le dit Germaine : "Aimer, ça permet de se sentir vivant !"

Pascale Janssens
pascale.janssens@mloz.be

3 questions à Caroline Guffens

Gérontologue à l'asbl Le Bien Vieillir

"Sensibiliser et former"

La sexualité en maison de repos, est-ce vraiment encore un sujet tabou ?
En effet, c'est encore toujours quelque chose d'impensable pour les équipes soignantes en général, mais également pour certains résidents. De nombreuses personnes pensent encore que la sexualité s'éteint avec la vieillesse. Mais les mentalités commencent tout doucement à changer... On peut le remarquer à l'augmentation de la participation à nos formations.

Vous donnez des formations spécifiques sur la sexualité des personnes âgées ?
Depuis 2 ans, la participation est en constante augmentation. Des directeurs de maisons de repos nous demandent régulièrement des formations en institution pour le personnel soignant car ils sont formés pour répondre aux besoins de base comme les soins et qu'il est difficile pour eux d'imaginer que ces corps vieux et malades puissent encore être des objets de désir.

Pour les personnes atteintes d'Alzheimer ou de démence, le problème de la sexualité n'est-il pas plus aigu ?
Les problèmes sont évidents. Ces personnes souffrent souvent de désinhibitions liées à la maladie et pourraient être alors "victimes" d'autres patients comme par exemple certains attouchements. Dans ce cas, on recommande en général aux équipes soignantes d'observer et de voir si la personne souffrant d'Alzheimer éprouve du plaisir (ou pas) et si c'est le cas, la laisser profiter de ce rapprochement. Par contre, si c'est l'inverse il faut bien sûr ne pas laisser faire.

Pour plus d'information concernant les formations : www.lebienvieillir.be

Directive européenne

Soins transfrontaliers : mode d'emploi

La directive européenne relative aux soins transfrontaliers est entrée en vigueur le 25 octobre 2013. Mais dans la pratique, cette nouvelle réglementation a amené de la confusion, encore plus dans les régions frontalières. Pour s'y retrouver, voici les principales règles.

Accord préalable ou non ?

En cas de soins ambulatoires "courants" au sein d'un autre État membre, le patient n'a pas besoin de l'accord préalable de la mutualité. Il avance les frais médicaux et en demande ensuite le remboursement à sa mutualité belge selon les tarifs et conditions belges.
En cas d'hospitalisation ou de soins ambulatoires onéreux ou qui requièrent des appareils de haute technologie, le patient doit obtenir l'accord de sa mutualité avant le début du traitement. La demande écrite doit toujours être accompagnée d'un rapport médical dans lequel un spécialiste précise la raison pour laquelle le patient doit se rendre à l'étranger pour ces soins.

La procédure en bref

Lorsqu'un accord préalable est requis, le médecin-conseil évalue la demande. Un accord pour des soins ambulatoires n'est possible que si le paquet assuré belge reprend la prestation et que le traitement ne peut pas être réalisé dans un délai raisonnable en Belgique. En cas d'hospitalisation, un accord peut être donné si ces conditions sont remplies ou si le traitement figure dans le paquet assuré et peut être réalisé dans de meilleures conditions médicales à l'étranger.
Si le patient n'obtient pas l'accord et se fait quand même soigner à l'étranger, aucun remboursement à charge de l'assurance maladie-invalidité belge n'est possible.

Formulaire ou pas ?

Les procédures sont différentes lorsque le médecin-conseil donne un accord. Concrètement :

- S'il s'agit d'un **hôpital public**, un formulaire européen "S2" est délivré. Le patient ne paye que le ticket modérateur et le reste de la facture est directement transmis à la mutualité belge selon les tarifs du pays de traitement.
- S'il s'agit d'**un hôpital ou d'un prestataire privé**, aucun formulaire européen n'est délivré et le patient doit payer l'intégralité du montant lui-même pour ensuite en demander le remboursement à sa mutualité belge, selon les tarifs belges.

Règles particulières dans les régions frontalières

Les régions frontalières sont un cas à part. Le médecin-conseil peut en effet donner un accord sans devoir motiver sa décision aux assurés qui n'habitent pas plus loin qu'à 15 km de la frontière pour une admission dans un établissement de soins qui se situe dans le pays voisin à moins de 25 km de la frontière d'avec la région transfrontalière où le patient est domicilié.
Attention, ce n'est possible que s'il n'y a pas d'établissement belge similaire à proximité. Les habitants de la communauté germanophone bénéficient également de ce régime particulier. Les projets transfrontaliers existants ne changent pas.

Christian Horemans et Chris Van Hul
Experts Mutualités Libres

Fonds spécial de Solidarité et soins à l'étranger : nouveautés

Jusqu'à présent, le Fonds spécial de Solidarité (FSS), en cas de traitement à l'étranger, ne pouvait intervenir que pour les coûts du transport et du séjour et pas pour des soins médicaux. Depuis mars 2014, le Collège des Médecins-Directeurs (INAMI) peut aussi accepter une intervention pour des prestations médicales pour lesquelles aucun remboursement n'est (encore) prévu dans la réglementation belge. La condition est que la prestation doit être "digne d'intérêt" et cumuler les critères suivants : être onéreuse, avoir une efficacité et une valeur scientifique reconnue, ne plus être en phase expérimentale, viser à traiter une maladie qui menace les fonctions vitales du patient, ne pas avoir d'alternative acceptable et être prescrite par un médecin spécialiste. Le FSS continuera aussi à intervenir pour les coûts de transport et de séjour, mais uniquement pour les cas identifiés comme "digne d'intérêt et pour les déplacements de plus de 350 km à vol d'oiseau depuis Bruxelles, quel que soit le lieu de résidence (sauf pour le transport médicalisé). Enfin, il est important de noter que toutes les demandes doivent être approuvées par le Collège avant le traitement.

Nos études en un coup d'oeil

Le Service Etudes & Stratégie des Mutualités Libres propose plusieurs fois par an des études et analyses sur la consommation de soins de santé. L'objectif est de suivre les évolutions du secteur et leurs impacts tant sur le système de soins, les prestataires que sur le patient. Découvrez ci-dessous quelques chiffres de nos dernières études !

27%

1% des affiliés des Mutualités Libres qui consomment le plus en soins de santé concentrent à eux seuls plus de 27% des dépenses remboursées.

"Concentration des dépenses en soins de santé"

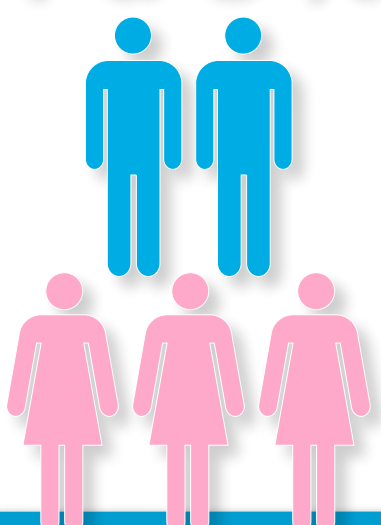
Les affiliés des Mutualités libres sans pathologie chronique coûtent en moyenne annuellement 859 euros. Pour un patient souffrant d'une seule **maladie chronique**, le remboursement annuel moyen est de **3.449 euros**, 6.501 euros en présence de 2 pathologies, pour atteindre 21.751 euros pour le patient qui présente au moins 5 pathologies chroniques.

" Concentration des dépenses en soins de santé"

"Compte tenu des avantages de la prise en charge à domicile, tant financiers qu'en termes de confort pour le patient Alzheimer, les Mutualités Libres demandent que les montants économisés par l'assurance maladie suite notamment à la modification des modalités de remboursement des médicaments spécifiques (± 5,2 millions d'euros par an) soient consacrés au soutien des aidants proches. Ces aidants permettent en effet le maintien à domicile des patients et favorisent le bon suivi du traitement."

" Maladie d'Alzheimer - Impact des mesures de limitation de remboursement des médicaments"

4 à 5%



La prévalence annuelle de la dépression chez les adolescents est estimée à 4 à 5%, les filles étant deux fois plus touchées que les garçons.

"Adolescents, antidépresseurs et psychothérapies"

11.488 euros

Une pathologie est qualifiée d'onéreuse lorsqu'elle coûte plus de 11.488 euros par an à l'assurance obligatoire. Les maladies les plus chères sont : les maladies rares, l'insuffisance rénale et la santé mentale.

"Concentration des dépenses en soins de santé"

Toutes nos études sont à télécharger sur www.mloz.be

Par **Pascale Janssens** - pascale.janssens@mloz.be

Consommation d'antidépresseurs chez l'adulte

Impact sur les autres aspects des soins

La consommation importante et croissante d'antidépresseurs dans la population belge est régulièrement médiatisée. Les Mutualités Libres ont analysé l'utilisation des antidépresseurs dans un contexte plus large que le simple nombre de boîtes prescrites. Des tendances se dégagent en matière de premier prescripteur, de comorbidité, de suivi d'une psychothérapie ou d'hospitalisations.

La population de l'étude a été sélectionnée dans la base de données administrative des affiliés des Mutualités Libres sur base du remboursement d'au moins un antidépresseur (classe ATC N06A) en 2011 et du critère d'âge (≥ 18 ans). Les médicaments concernés peuvent avoir d'autres indications que la dépression. Pour des raisons de facilité, le terme "antidépresseur" a été retenu pour cette étude. De même, un antidépresseur remboursé a été considéré comme ayant été consommé.

Tableau 1

Prévalence de la consommation d'antidépresseur en fonction de l'âge et durée de traitement

Tranche d'âge	Consommation antidépresseur	Moins 1 mois	2 à 6 mois	Plus de 6 mois
18-24	3,8%	25%	45%	30%
25-39	8,3%	19%	41%	40%
40-59	14,3%	14%	35%	50%
60-74	16,4%	13%	34%	53%
Plus de 75	22,6%	13%	34%	53%
Population totale	12,6%	15%	36%	49%

La consommation d'un antidépresseur pendant plus de 120 jours a été considérée comme "proxy" du diagnostic de dépression, c'est-à-dire qu'on a déduit que les personnes ayant ce type de consommation sont atteintes de dépression. Une partie des analyses a comparé les 2 sous-populations de consommation de moins de 120 jours et de plus de 120 jours.

Les résultats marquants

198.783 personnes de 18 ans et plus (12,6%) ont consommé un antidépresseur en 2011, avec des différences importantes entre les groupes d'âge : moins de 4% entre 18 et 24 ans, alors qu'après 75 ans, plus d'une personne sur 5 est traitée avec un antidépresseur.

Durée de consommation

- Pour l'ensemble de la population, **la durée[1] moyenne de traitement sur l'année 2011 est de 282 jours**. La durée médiane nettement plus basse (175 jours) traduit la grande disparité des durées de traitement.

• • •

- Globalement, 15% des individus n'ont eu qu'un seul conditionnement d'antidépresseur remboursé.
- Chez les **18 à 24 ans,** une personne sur quatre n'a été traitée que pendant moins d'un mois. Dans ce groupe d'âge, la durée de traitement est également plus courte, et **70% sont traités pendant moins de 6 mois**, alors que les différentes guidelines recommandent de poursuivre le traitement médicamenteux pendant au moins 6 mois après la résolution de l'épisode aigu.
- **1 personne sur 2 a pris l'antidépresseur pendant plus de 6 mois.** En considérant que cette durée de traitement signe un diagnostic de dépression, cela signifie qu'environ 6% ont présenté une dépression, ce qui correspond aux données épidémiologiques belges (prévalence de la dépression : 5% à 8%). Par contre, la prévalence plus élevée au-delà de 75 ans surprend, vu que des études suggèrent plutôt une diminution de l'incidence de la dépression chez les plus âgés.
- **Les femmes sont traitées plus souvent que les hommes,** ce qui correspond à l'épidémiologie. Elles sont aussi traitées plus longtemps.

Classes d'antidépresseur prescrites

Sans surprise, ce sont les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) qui sont consommés le plus souvent et le plus longtemps.

Premier prescripteur

Le premier prescripteur est identifié par le premier remboursement d'un antidépresseur pour l'année 2011. Les qualifications des prestataires ont été regroupées : généralistes, psychiatres + neurologues, médecine interne et divers. Pour les hospitalisations, le prescripteur n'est pas repris systématiquement dans nos données.

- **75% des traitements avec un antidépresseur sont initiés par un généraliste.** La proportion des premières prescriptions par un généraliste augmente avec l'âge des patients (80% des traitements initiés à partir de 75 ans), tandis que le phénomène inverse est observé pour la prescription par un psychiatre (21% des traitements initiés entre 18 et 24 ans).
- La classe d'antidépresseur prescrite varie en fonction du prescripteur : les généralistes et les internistes prescrivent avant tout des ISRS, alors qu'à l'hôpital c'est principalement la classe "autres antidépresseurs" qui est prescrite. Les psychiatres prescrivent indifféremment ces 2 classes.

Hospitalisation psychiatrique

- Les séjours psychiatriques ont été identifiés par le prix de journée dans un hôpital psychiatrique, un service psychiatrique d'un hôpital général, un habitat protégé ou une maison de soins psychiatriques.
- Seule **une minorité (3,8%) des personnes traitées avec un antidépresseur sont hospitalisées en psychiatrie**. 75% de ces hospitalisations concernent des individus suivant un traitement pour une durée supérieure à 120 jours.
- Le taux d'hospitalisation psychiatrique évolue inversément à l'âge, passant de 8,4% chez les 18 à 24 ans à moins de 1% chez les plus de 75 ans.
- 95% des séjours psychiatriques ont lieu dans le service psychiatrique d'un hôpital général.

Tableau 2

Premier prescripteur d'antidépresseurs en fonction des tranches d'âge

Tranche d'âge	Généralistes	Medecine interne	Psychiatre + neuro	Hospitalisation	Divers
18-24	68,2%	0,5%	20,8%	6,7%	3,7%
25-39	70,7%	0,7%	19,7%	4,5%	4,4%
40-59	73,6%	1,1%	15,8%	3,9%	5,6%
60-74	77,4%	1,8%	9,0%	5,6%	6,1%
Plus de 75	79,7%	1,1%	3,7%	11,8%	3,8%
Total	74,7%	1,2%	13,2%	5,8%	5,1%

Tableau 3

Taux d'hospitalisation en fonction de l'âge

	18-24	25-39	40-59	60-74	>75	18 ->75
Pas d'hospitalisation psy	91,6%	94,1%	95,5%	97,8%	99,2%	96,2%
Hospitalisation psy	8,4%	5,9%	4,5%	2,2%	0,8%	3,8%

Psychothérapie

- Seules **15% des personnes traitées avec un antidépresseur suivent aussi une psychothérapie** et, ce principalement chez un psychiatre.
- La **psychothérapie est plus fréquente** lorsque la durée du **traitement par antidépresseur est plus longue** et, ce dans toutes les tranches d'âge.
- Par ailleurs, quelle que soit la durée de traitement, la part d'individus suivant une psychothérapie diminue fortement avec l'âge. Au-delà de 75 ans, la psychothérapie devient anecdotique (2%).

Tableau 4

Proportion de patients avec psychothérapie (psychiatre) en fonction de l'âge et de la durée de traitement.

Tranche d'âge	< 120 jours	> 120 jours	Total
18-24	17,1%	34,8%	24,1%
25-39	14,1%	29,0%	21,6%
40-59	10,5%	21,5%	17,4%
60-74	3,7%	10,2%	7,8%
Plus de 75	0,9%	2,7%	2,0%

- **Le suivi d'une psychothérapie est fort influencé par le premier prescripteur :** lorsque la prescription d'antidépresseur a été initiée par un spécialiste, 55,2% des individus suivent une psychothérapie, alors que chez le généraliste, ce pourcentage tombe à 6,7%.
- Le nombre moyen de séances de psychothérapie sur l'année étudiée est de 6,4 mais 50% des individus ne bénéficient que de 4 séances sur l'année.
- **L'association d'une psychothérapie au traitement pharmacologique est plus fréquente chez les adolescents que chez les adultes**[2] : un tiers des adolescents prenant un antidépresseur bénéficient d'un traitement psychothérapeutique, ce qui est deux fois plus que les adultes.

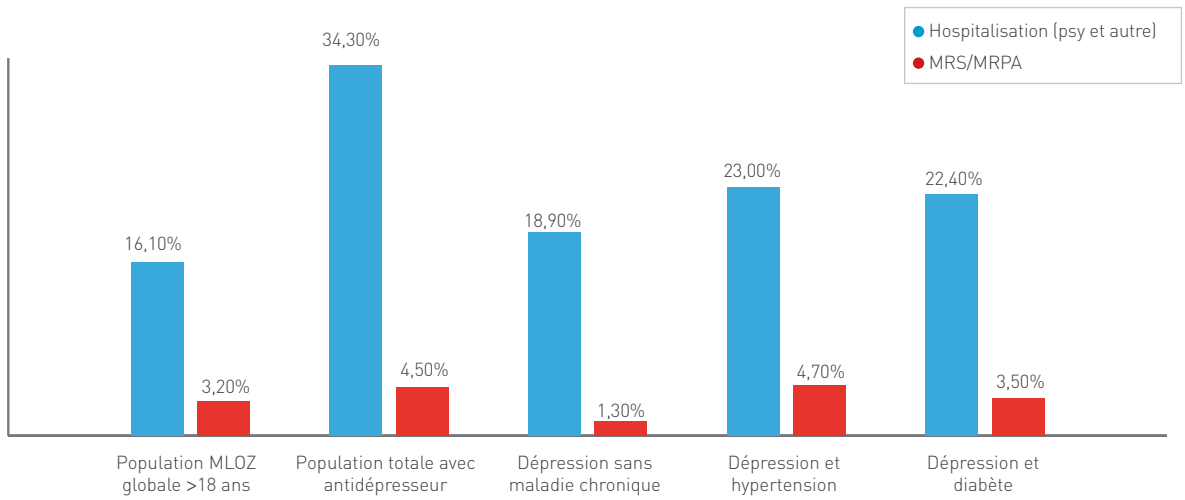
Comorbidités

Dans la population consommant des antidépresseurs, la moitié présente une pathologie chronique associée. Plus de la moitié de ces personnes prend cet antidépresseur pendant plus de 6 mois.

- Les **pathologies chroniques** les plus fréquemment associées à la prise d'antidépresseurs sont l'**hypertension** (39,4%) et **le diabète** (11,2%). Pour ces deux pathologies chroniques, une analyse des hospitalisations, des séjours en MRS/MRPA et des coûts des soins de santé a été réalisée pour les personnes présentant une dépression (durée de consommation d'antidépresseurs de plus de 120 jours).
- Le **taux d'hospitalisation a doublé** (34,3% vs 16,1%) dans la population des individus consommant un antidépresseur par rapport à la population globale et le nombre de séjours en MRS/MRPA est 40 % plus élevé (4,5% vs 3,2%).
- La **dépression seule**, sans maladie chronique, est associée à une **augmentation des hospitalisations** (18,9% vs 16,1%) et une **diminution** de plus de la moitié des **séjours en MRS/MRPA** (1,3% vs 3,2%).
- Lorsque la **dépression est associée à une hypertension ou du diabète, on observe une augmentation des hospitalisations et des séjours en MRPA/MRS.** Ceci peut s'expliquer par le fait que ces pathologies chroniques concernent surtout les sujets plus âgés.
- La **dépression** sans comorbidité engendre un coût moyen **30% plus élevé que le coût annuel moyen des soins de santé** dans la population totale.
- Le **coût annuel de soins de santé** par personne dans la **population totale consommant un antidépresseur** (4.479€) est presque le **double de celui des personnes atteintes de dépression sans pathologie chronique associée** (2.387€) et comparable à celui des personnes présentant une hypertension (4.493€) ou un diabète (4.228€) associés. Ceci suggère que la présence de comorbidités, plus que la consommation d'un antidépresseur, influence le coût des soins de santé.

Graphique 1

Hospitalisations et séjours en MRS/MRPA en fonction de la présence d'une dépression et d'une maladie chronique

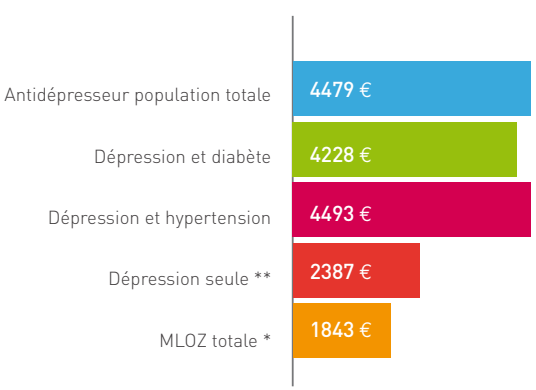


Conclusions

- Au cours de l'année 2011, **12,6% des personnes ont consommé un antidépresseur**, dont la moitié pendant plus de 6 mois. Si l'on considère que cette durée de traitement correspond à un diagnostic de dépression, cela signifie **qu'environ 6% des personnes ont présenté une dépression**, ce qui est cohérent avec les données épidémiologiques belges. Chez les personnes âgées, la prévalence de dépression nettement plus élevée (12%) interpelle - on peut se demander si toutes les prescriptions d'antidépresseur sont appropriées.
- Le **recours à la psychothérapie est limité (15%)** alors qu'elle est principalement pratiquée par des psychiatres, et donc remboursée. Les préjugés par rapport à la psychiatrie pourraient l'expliquer en partie.
- **Plus de la moitié des personnes consommant des antidépresseurs présente aussi une pathologie chronique associée.** Les données dont nous disposons ne permettent toutefois pas de préciser la relation entre la dépression et la maladie chronique (relation causale ou non, effet de l'âge, etc).
- Le **coût moyen de soins de santé** d'une personne consommant un antidépresseur est **deux fois plus élevé que le coût moyen par personne**. L'analyse plus détaillée des coûts montre toutefois que la dépression seule ne constitue qu'un facteur limité, et que ce sont surtout les pathologies chroniques associées qui font augmenter le coût.

Graphique 2

Coût annuel moyen par personne des soins de santé en fonction de la présence d'une dépression et d'une maladie chronique



* Données 2010
** Sans autre maladie chronique

1 Calculée sur base de la DDD (dose journalière par conditionnement recommandée par l'OMS pour l'indication principale pour un adulte de 70 kg).
2 Cf Health Forum Septembre 2013

Ingrid Umbach
Service Etudes & Stratégie Mutualités Libres

Médicaments en maison de repos

Optimiser la délivrance de médicaments

L'importante - et pas toujours adéquate - consommation de médicaments en maison de repos est régulièrement mise à l'index. Dans une étude menée auprès de leurs affiliés, les Mutualités Libres constatent de fortes disparités entre maisons de repos, notamment au niveau de la délivrance d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. Une réflexion globale sur les pratiques de prescription s'impose !

L'étude des Mutualités Libres a principalement pour but d'analyser la consommation de médicaments délivrés par les officines publiques ou hospitalières à leurs affiliés résidant en maison de repos (MR) en 2011 et de formuler des recommandations pour une meilleure utilisation et gestion de ces médicaments. Les personnes ayant résidé moins de 3 mois en MR en 2011 et les médicaments délivrés par l'hôpital à des patients hospitalisés sont exclus de ces analyses.

Caractéristiques des résidents en MR

La Belgique compte plus de 130.000 lits en maison de repos. 22.000 résidents de ces institutions sont affiliés aux Mutualités Libres, soit près de 17% du nombre total de places en MR. Plus de la moitié de ces personnes (56%) résident en maison de repos pour personnes âgées (MRPA), les autres (44%) en maison de repos et de soins (MRS).

Pour les plus de 70 ans, le tableau 1 présente quelques caractéristiques qui distinguent les affiliés résidant en MR des affiliés non institutionnalisés. Quelques constats :

- Indépendamment du type de MR, les personnes institutionnalisées sont en moyenne plus âgées (de 7 ans) et majoritairement des femmes. En outre, les MR accueillent proportionnellement plus de résidents avec un statut social précaire (statut BIM) et plus de veuf(ve)s.
- Le taux de mortalité des affiliés en MR durant l'année étudiée (2011) est particulièrement important comparé à celui des affiliés non institutionnalisés (21% vs 5%). Ce taux augmente avec le degré de dépendance : 39% des résidents qui présentent une forte dépendance physique et psychique décèdent dans l'année d'entrée en maison de repos, contre 9% chez les résidents non dépendants.
- La mortalité est particulièrement importante à l'entrée en maison de repos puisque près de 90% des décès ayant lieu dans le courant de l'année d'institutionnalisation se produisent pendant les 6 premiers mois d'institutionnalisation !
- Enfin, les personnes en MR consultent plus souvent le médecin généraliste et plus rarement le spécialiste que les non-résidents.

Médicaments : catégories et coûts

En un an, un résident d'une MR reçoit en moyenne 10 médicaments (molécules) différent(e)s.

En 2011, les médicaments consommés par les affiliés des Mutualités Libres en MR ont coûté 20,5 millions d'euros à l'Assurance maladie invalidité (AMI), soit 950 euros par bénéficiaire. Les tickets modérateurs représentent 3,6 mil-

Tableau 1

Quelques caractéristiques des affiliés âgés de plus de 70 ans (en 2011)

	Non MRPA/MRS	MRPA	MRS	MRPA+MRS
Age (moyenne)	79	86	86	86
Femme (%)	59%	73%	77%	75%
BIM (%)	25%	40%	45%	42%
Veuf(ve) (%)	37%	63%	65%	64%
Décès (%)	5%	16%	27%	21%
Consultation généraliste (moyenne)	6	15	15	15
Consultation spécialiste (moyenne)	4	2	1	2

lions d'euros, soit 169 euros par personne. Les médicaments en MR délivrés par les officines publiques constituent la majorité des dépenses AMI en médicaments (92%) et ceux provenant d'officines hospitalières 8%.

Les médicaments originaux représentent 76% des prescriptions en MR et 87% des dépenses AMI en médicaments (graphique 1). Le faible poids des génériques et des copies dans les dépenses AMI s'explique par la nature même de ces médicaments (généralement meilleur marché).

Les médicaments les plus chers pour l'AMI sont ceux qui sont utilisés dans le traitement d'une maladie rare ou d'un cancer.

Les médicaments les plus prescrits en MR sont ceux qui agissent sur le système nerveux central, le système cardio-vasculaire et les anti-infectieux. Les premiers (antidépresseurs, antipsychotiques et analgésiques opiacés principalement) représentent 28% des médicaments prescrits aux résidents en MR, les seconds (diurétiques de l'anse et bêtabloquants principalement) 23% et les derniers (antibactériens et vaccins principalement) 7%. Chacun de ces 3 groupes de médicaments a été prescrit à plus de 80% des résidents en MR. Les médicaments agissant sur le système nerveux central et le système cardio-vasculaire représentent à eux seuls près de 60% des dépenses AMI et des tickets modérateurs pour les médicaments.

Le graphique 2 présente les médicaments les plus fréquemment délivrés en MR aux personnes âgées de 60 ans et plus en comparaison à l'ensemble des affiliés du même âge. Les écarts sont particulièrement importants pour les antidépresseurs et les antipsychotiques : 53% des résidents de MR consomment des antidépresseurs, 36% des antipsychotiques, contre respectivement 21% et 7% de l'ensemble des affiliés du même âge (c'est-à-dire en MR et à domicile). Ce constat confirme ce que nous trouvons dans la littérature à propos de la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en MR.

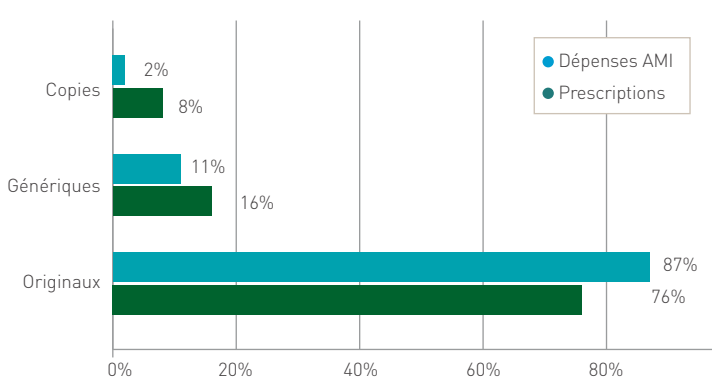
De fortes variabilités

On observe une grande variabilité entre les différentes institutions en matière de consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. En effet, dans certains établissements, 90% des patients consomment des antidépresseurs et 75% des antipsychotiques, alors que ce taux est de respectivement 29% et 5% dans d'autres institutions !

Nous avons aussi examiné dans quelle mesure les médicaments prescrits pourraient être considérés comme "potentiellement inappropriés chez les personnes âgées", notamment en raison d'effets indésirables accrus. L'analyse a été réalisée sur base des critères

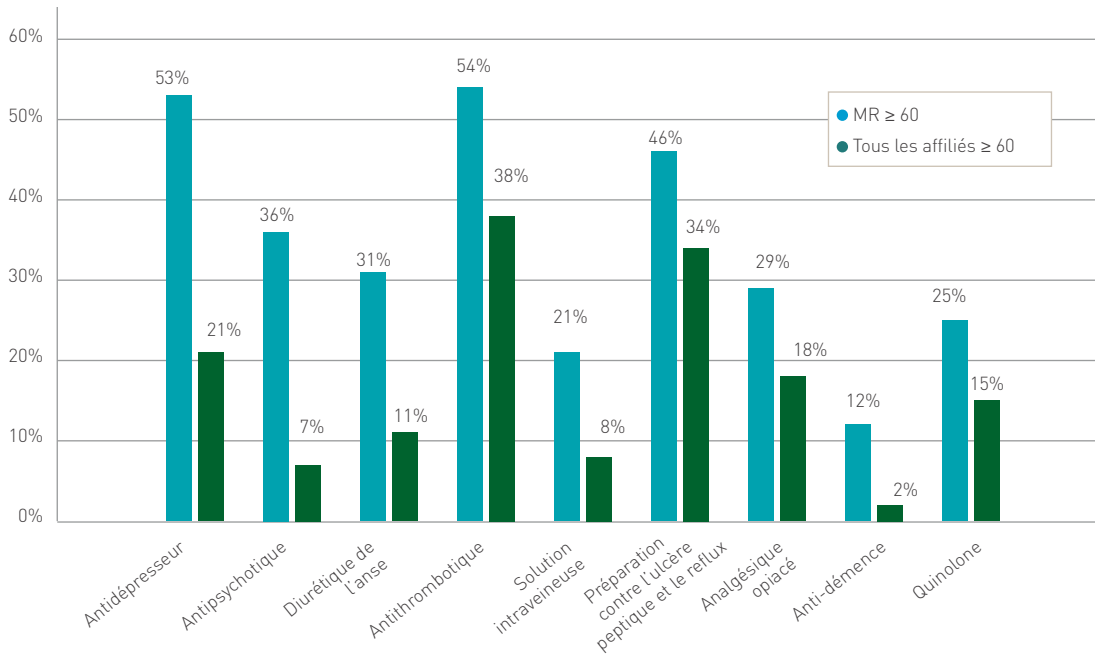
Graphique 1

Part des différents types de médicaments parmi les prescriptions et les dépenses AMI (en 2011)



Graphique 2

Médicaments plus fréquents en MR, en 2011 (en % de personnes âgées de 60 ans et plus concernées)



de Beers et des critères START/STOPP* - même s'il faut noter que l'utilisation de ces critères ne fait pas l'objet d'un consensus-, ainsi que sur base du Formulaire MRS (Farmaka). Selon la liste de Beers, **au moins 1 résident sur 5 reçoit un antidépresseur considéré comme inapproprié** et seulement 1 résident sur 10 reçoit un antidépresseur 'sélectionné' par le Formulaire MRS. D'après la liste START/STOPP, **un antidépresseur tricyclique est prescrit dans une situation inappropriée chez au moins 4 résidents sur 10.**

Impacts de l'institutionnalisation sur la consommation de médicaments

- **L'entrée en MR accroît la probabilité de consommer au moins un médicament :** la part des résidents en MR prenant au moins un médicament au cours des 6 premiers mois suivant l'institutionnalisation s'élève à 99%, alors qu'elle était de 93% au cours des 6 mois avant l'entrée en MR.
- En outre, **l'institutionnalisation ne diminue pas la polymédication qui est déjà importante avant l'entrée en MR.** Les patients institutionnalisés ont tendance à prendre une plus large gamme de médicaments appartenant à différentes classes thérapeutiques.
- Par ailleurs, **l'entrée en MR a un impact très significatif sur la part de la population traitée par antipsychotique (+81%) et antidépresseur (+34%)** et sur leur consommation journalière moyenne (mesurée en doses

• • •

Bientôt la tarification à l'unité !

Ces derniers mois, plusieurs initiatives visant à augmenter la qualité des soins dans les maisons de repos et à rationaliser l'utilisation des médicaments ont été prises.
C'est ainsi que l'INAMI a commandité une étude dont le but est de formuler des recommandations sur la concertation multidisciplinaire autour du traitement des patients, l'utilisation du formulaire de médicaments, la prescription de médicaments, etc. Différentes maisons de repos, réparties sur toute la Belgique, participent à cette étude.
A partir du 1er janvier 2015, la tarification à l'unité sera aussi introduite dans les maisons de repos pour les médicaments remboursés ayant une forme pharmaceutique orale-solide. En limitant la tarification aux quantités effectivement délivrées, un gaspillage peut être évité et l'utilisation de la préparation de médication individuelle est encouragée.

Tableau 2

Nombre d'affiliés traités par antidépresseur ou antipsychotique au cours des 6 mois avant et des 6 mois après leur institutionnalisation en 2011 (sur un total de 2.529 affiliés)

	Avant institutionnalisation (1)	Arrêtent (2)	Continuent (1) - (2)	Débutent (3)	Après institutionnalisation (1) - (2) + (3)	Variation (%) suite à l'entrée en maison de repos
Antidépresseur (AD)	927	130	797	443	1.240	+ 34%
Antipsychotique (AP)	407	90	317	418	735	+ 81%

journalières définies ou DDD) d'antidépresseurs (+32%) et d'antipsychotiques (+55%). La hausse de la proportion d'affiliés traités par antidépresseur et antipsychotique s'explique par **le nombre important d'affiliés qui débutent leur traitement suite à l'entrée en maison de repos** (tableau 2).

- Enfin, **une fois en MR les résidents arrêtent moins fréquemment leur traitement** antidépresseur et antipsychotique et leur consommation de ces médicaments (mesurée en nombre de DDD) ne varie pas à travers le temps. Entre 2007 et 2011, plus de 80% et 70% des résidents continuent leur traitement antidépresseur et antipsychotique respectivement.

Güngör Karakaya,
Claire Huyghebaert et Evelyn Macken
Service Etudes & Stratégie
Mutualités Libres

* START : Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment.
STOPP: Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions.

L'étude complète est disponible sur www.mloz.be

Une prescription adaptée aux besoins individuels

L'avis des Mutualités Libres

Comme le montre notre étude, la consommation de médicaments en maison de repos pose questions. Les Mutualités Libres préconisent les mesures suivantes :

1. Rationaliser l'utilisation de médicaments en maison de repos. Il faut s'interroger non seulement sur le choix du médicament (sur base de preuves scientifiques et du coût/efficacité) et la bonne utilisation de celui-ci (indication, forme pharmaceutique...), mais aussi sur le comportement de prescription.
Dans ce cadre, nous plaidons pour qu'un feedback régulier soit communiqué aux médecins sur leur comportement de prescription et un autre aux maisons de repos sur l'utilisation de médicaments dans leur institution. L'objectif étant d'élaborer des recommandations sur la prescription de médicaments (utilisation du formulaire de médicament et de schémas de médication notamment) et d'optimiser la délivrance des médicaments dans les maisons de repos.

2. Un rôle central pour le patient. Pour le choix correct d'un traitement et l'utilisation adéquate de celui-ci, une concertation régulière entre les différents prestataires de soins (médecins, pharmaciens, infirmiers) est importante, tenant compte des besoins individuels du patient. Revoir régulièrement la médication prescrite peut permettre de détecter une éventuelle surconsommation ou mauvaise utilisation, et de diminuer d'éventuels problèmes liés à la polymédication (interactions médicamenteuses notamment).

3. Optimiser la délivrance de médicaments en maison de repos. Notamment par l'utilisation accrue de la préparation de médication individuelle (PMI) qui diminue le risque d'erreurs lors de la préparation de la médication pour le patient, améliore la sécurité et la qualité de la délivrance et conduit à moins de gaspillage.

Visite à “Papa Mutuelle”

Observer la manière dont les mutualités locales ont changé la vie de la population locale au Bénin et au Togo. Tel était l’objectif du voyage d’une délégation des Mutualités Libres et de l’ONG Louvain Coopération début 2014. “La création et l’action des mutualités ont amélioré les indicateurs de santé”, a déclaré un responsable de la zone sanitaire du Bénin du Nord. Un récit de voyage sur l’espoir et le changement !

Un bon accès aux soins de santé nécessaires, voilà la principale mission des mutualités locales au Bénin et au Togo. Et les résultats s’avèrent plutôt concluants : Cobly et N’Dahonta, les deux mutualités du Bénin du Nord soutenues par les Mutualités Libres, comptent déjà plus de 6.000 membres. Ceux-ci se rendent plus facilement dans les centres médicaux depuis que le coût n’est plus un obstacle. Ils prennent ainsi davantage leur santé en mains. Les femmes jouent un rôle particulièrement important, car ce sont souvent elles qui prennent la décision d’affilier la famille à une mutualité. Elles sont également bien représentées à l’assemblée générale des mutualités, l’organe qui décide de la couverture médicale et du montant de la cotisation. Malgré tout, les défis sont encore nombreux. Pour convaincre de nouveaux membres de s’affilier à la mutuelle, trois visites ou plus sont en effet souvent nécessaires. Une sensibilisation continue est indispensable pour persuader les membres affiliés de continuer à payer leur cotisation. Cette cotisation s’élève à environ 2 euros par personne, soit un effort financier conséquent pour la population locale même si une réduction de cotisation est prévue lorsque toute la famille s’affilie. Les affiliations se déroulent de janvier à mai, les familles disposant de plus de moyens à cette période suite aux récoltes.

Une “union nationale” comme prochaine étape

Tant au Bénin qu’au Togo, plusieurs programmes de développement officiels et projets de financement publics se sont récemment clôturés. La population locale s’est donc demandé si les mutualités locales allaient subir le même sort. Les mutualités locales ont bien insisté sur leur pérennité et leur souhait de continuer à défendre les intérêts de leurs membres. La visite des Mutualités Libres a permis d’accentuer ce message.

Cette visite signait en outre le prochain chapitre de l’histoire des mutualités africaines : la création d’une union nationale, à l’instar des unions belges. Lors d’un séminaire à Dapaong (Togo), Xavier Brenez, Directeur Général de l’Union Nationale des Mutualités Libres, a fait une présentation sur le rôle et l’organisation d’une union nationale en Belgique. La présentation fut suivie par un débat animé et de nombreuses questions des représentants des mutualités et ONG locales. Grâce à leur savoir-faire, les Mutualités Libres espèrent pouvoir contribuer à la création et au fonctionnement de ces nouvelles unions nationales dans les prochaines années.

La mutualité, un maillon socio-économique

Dans ces régions, les mutualités constituent un maillon important du réseau socio-économique des villages et communes. La mutualité permet en effet aux familles une certaine stabilité financière grâce à laquelle les membres peuvent plus rapidement obtenir un micro-crédit pour acheter du matériel agricole ou lancer un petit commerce. Les témoignages sont nombreux : celui d’un apiculteur qui a pu acheter des ruches modernes ou encore celui d’une femme qui peut subvenir aux besoins de sa famille grâce à son nouveau commerce d’arachides.

Christian Horemans
Expert Affaires internationales
christian.horemans@mloz.be

Mutualité de Cobly au Bénin

Un hôpital à Dapaong, Togo

Félix Vanderstricht en compagnie d'Ernest, alias "Papa Mutuelle", collaborateur de Louvain Coopération qui soutient les mutuelles sur le terrain.

Les mutualistes de Cobly avec Félix Vanderstricht, Directeur de Louvain Coopération et Christian Horemans et Xavier Brenez des Mutualités Libres

Consultation chez le gynécologue

Rébecca, présidente de la mutualité N'Dahonta

Livret de micro-crédit

Les Mutualités Libres renforcent encore leur soutien !

Depuis 2013, le rôle des mutualités belges dans la collaboration au développement est reconnu. Les autorités souhaitent ainsi soutenir financièrement les projets de création de mutualités. Les Mutualités Libres se sont associées aux Mutualités Chrétiennes et Socialistes pour introduire un projet destiné à l'aide au développement des projets mutualistes dans 7 pays africains, dont le Bénin et le Togo. Ce projet devrait se dérouler de mi-2014 à 2016. Les Mutualités Libres renforcent ainsi leur engagement vis-à-vis de ces jeunes mutualités.

SYMPOSIUM 18/03 2014

Dents soignées, santé préservée !

Quel est le lien entre hygiène buccale et santé globale ? Comment les maladies parodontales influencent-elles d'autres affections comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires ? Comment atteindre certains publics ? Ces questions étaient au cœur du dernier symposium organisé par les Mutualités Libres à la mi-mars 2014. Cet après-midi de débat et d'échanges, sur le thème de la santé dentaire, a rassemblé une centaine de dentistes, médecins généralistes, représentants d'institutions de soins et d'universités.

Seuls 30% des Belges vont une fois par an chez le dentiste tandis que 25% n'y vont que rarement ou jamais. Avec ces chiffres, **Xavier Brenez, Directeur Général des Mutualités Libres**, a introduit l'après-midi en rappelant que malgré les avancées des soins de santé et les protections financières, il y avait encore des progrès à faire en matière d'accessibilité aux soins. Notamment en investissant encore plus dans la prévention, surtout auprès de certains publics. Xavier Brenez a aussi insisté sur l'importance de décloisonner les soins préventifs et curatifs, mais aussi les soins dentaires et la santé globale : "Il faut une approche intégrée des soins, et notamment une vision globale et multidisciplinaire des maladies chroniques."

Xavier Brenez

Le dentiste, un prestataire de première ligne

Ri De Ridder, Directeur général soins de santé à l'INAMI, a poursuivi sur la même lancée en revenant sur les grandes priorités de l'INAMI publiées à l'occasion des 50 ans de l'assurance maladie invalidité. Pour l'organisme public, l'assurance maladie doit être un des moyens pour réaliser de vrais objectifs de santé globaux. Des actions de sensibilisation, l'enregistrement des données et l'attention aux soins des personnes à besoins particuliers ont ainsi été au cœur des actions de l'INAMI dans le domaine de la santé dentaire. "Il faut passer d'une approche passive, représentée par les soins curateurs, à une démarche proactive, via la prévention", a annoncé Ri De Ridder. Après avoir rappelé les progrès remarquables observés dans les soins dentaires pour les moins de 18 ans, Ri De Ridder a soulevé les inégalités sociales en termes d'accès aux soins et le report de la visite chez le dentiste en cas de difficultés financières. Ce qui l'a amené à poser la question de la place de l'accord de convention au sein de la profession dentaire et du manque de transparence des tarifs. Il suggère donc quelques pistes pour avancer dans ce domaine : donner plus de poids à l'accord de convention, se concentrer sur certains publics cibles, positionner le dentiste en première ligne, soutenir les métiers d'assistants et hygiénistes dentaires et investir dans MyCareNet.

Ri De Ridder

Maladies parodontales, un facteur de risque majeur

Michèle Reners, parodontologue et présidente de la Fédération européenne de Parodontologie, a ensuite éclairé l'auditoire sur l'influence des maladies parodontales sur la santé générale et sur les maladies systémiques. La parodontologue a expliqué en détail le mécanisme qui conduit d'une maladie parodontale à l'infection d'autres parties du corps. Michèle Reners a défini la maladie parodontale comme une maladie bactérienne, inflammatoire et multifactorielle, qui désorganise l'équilibre buccal, principalement causée par la plaque dentaire. De nombreuses études démontrent l'influence d'une maladie parodontale sur le reste du corps. "Il faut avoir conscience que les maladies parodontales sont fréquentes, a expliqué Michèle Reners. 95% de la population en souffre ou va en souffrir, cela peut être une simple gingivite mais aussi une maladie parodontale plus sérieuse. L'impact est significatif sur les coûts de soins de santé". D'où l'importance

Michèle Reners

d'un bon dépistage par le dentiste. Le DPSI (Indice de Santé Gingivale et Parodontale) est, à cet égard, un très bel outil encore trop peu utilisé : cet examen systématique de la gencive et du parodonte permet de détecter si une maladie parodontale est présente et d'évaluer sa gravité. Il est important aussi, pour la parodontologue, d'investir dans une éducation du patient approfondie pour l'aider et l'accompagner dans ses soins dentaires. Il faut donc penser dépistage et éducation : un traitement correctement effectué améliore la santé parodontale et a un impact clair sur la santé générale.

Plus d'attention pour les personnes à besoins particuliers

"Les seniors âgés de plus de 75 ans ont 3 à 5 fois plus de risques de souffrir de pneumonie. La mauvaise hygiène dentaire est un des facteurs de risque majeurs", a expliqué le **Pr Joke Duyck, gérodontologue de la KULeuven**. Un autre problème soulevé par le professeur sont les difficultés masticatoires liées à une dentition en mauvais état et la dénutrition et les retards cognitifs qui peuvent s'ensuivre. Joke Duyck a aussi évoqué le projet pilote sur les soins buccaux pour les personnes à besoins particuliers (INAMI et universités). Ce projet a mis en évidence les besoins criants en soins dentaires chez ces personnes, âgées ou atteintes d'un handicap, la plupart du temps dépendantes. Parmi elles, 9 sur 10 présentent une maladie parodontale. Seuls 5% des adultes avec un handicap ont une dentition soignée. "Il faut une meilleure prise de conscience de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire au sein des institutions de soins", affirme Joke Duyck. Cela vaut toujours la peine de soigner ses dents, aussi âgé soit-on. De plus, la prévention est très simple : des soins quotidiens suffisent. Créer la fonction de personne de référence en matière de soins dentaires au sein des institutions ou mieux former les dentistes pour soigner ce type de patient sont deux pistes du projet pilote.

Joke Duyck

De nouvelles tendances en soins dentaires

Via les demandes de remboursement adressées à Dentalia Plus, **Danny De Bock, directeur opérationnel de la SMA**, en charge de l'assurance Dentalia Plus, a pu constater une évolution dans les habitudes de soins dentaires. Ce qui était considéré hier comme un luxe s'avère être une nécessité médicale ou un soin de confort devenu courant en regard des évolutions de la société. Cela démontre l'attention accrue portée à la santé dentaire. Pour le directeur de Dentalia Plus, le succès de son produit prouve qu'il y a une attente pour une meilleure accessibilité financière à certains soins dentaires.

Danny De Bock

Mieux responsabiliser le patient

Enfin, pour clôturer la journée, la parole a été donnée à deux associations professionnelles de dentistes. **Stefaan Hanson, du Verbond van de Vlaamse Tandartsen**, a rappelé les 3 piliers d'une bonne santé dentaire : bien se nettoyer les dents quotidiennement, une alimentation équilibrée et une visite par an chez son dentiste. Il est aussi nécessaire de mieux sensibiliser et surtout responsabiliser le patient. **Michel Devriese, président de la Société de Médecine Dentaire**, a souligné que la politique de santé est un travail collectif. Il est nécessaire de décloisonner les secteurs de santé et de croiser plus les disciplines, également en matière de prévention. Michel Devriese a aussi sorti un chiffre spectaculaire pour illustrer le budget étriqué consacré aux soins dentaires : on disposerait de 72 euros par Belge par an pour les soins bucco-dentaires ! Pour lui, il est donc non seulement important de renforcer la politique de santé, mais aussi la profession. Le tout accompagné d'un meilleur coaching du patient.

Stefaan Hanson

Michel Devriese

Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

Découvrez le film de notre symposium ainsi que les interviews des orateurs sur notre site www.mloz.be

Kiosque

Livres

La mort choisie

En Belgique, l'euthanasie a été dépénalisée en 2002. Elle est dorénavant considérée comme un acte de soins, pratiqué exclusivement par un médecin, à condition que le malade en fasse la demande expresse et répétée. Concrètement, comment cela se passe-t-il ? Quelles sont les démarches à effectuer ? Quel est le rôle du médecin, de la famille ? Et les soins palliatifs ?

Cet ouvrage écrit par un médecin qui pratique l'euthanasie depuis 10 ans explique avec une grande humanité comment se gère ce genre de situation. C'est aussi à travers des exemples de cas concrets que cet intéressant ouvrage aborde cette délicate question. Un livre où il est beaucoup question de dialogue, de partage et d'humanité.

"Comprendre l'euthanasie et ses enjeux" par François Damas aux Editions Mardaga.

Harcèlement et manipulation

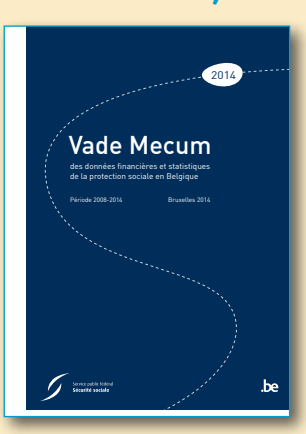
Que faire quand on est victime ou témoin de harcèlement moral au travail ? Comment se protéger ? Comment se défendre ? Avec une double approche psychologique et juridique, ce livre apporte un ensemble de réponses pratiques, illustrées par des témoignages de victimes et des exemples d'affaires jugées.

Repérer le harcèlement moral dès qu'il survient, ne pas se laisser isoler de ses collègues, contrer la manipulation ou encore apporter des preuves devant les tribunaux : autant d'exemples parmi les nombreuses stratégies de défense développées dans cet ouvrage. Destiné aux salariés, aux employeurs, aux professionnels de la santé, cet ouvrage entend contribuer à une meilleure compréhension du phénomène et, par là même, à une meilleure prévention.

"Harcèlement moral au travail" par Anne-Françoise Chaperon, Bénédicte Litzer et Marie-Edith Alouf aux Editions Odile Jacob.

Site Internet

Des chiffres, des chiffres, des chiffres...



La sécurité sociale subit sans cesse des modifications. Certaines ont pour but d'accroître le bien-être des citoyens tandis que d'autres visent avant tout la pérennité financière du régime. Il s'ensuit une évolution rapide qui peut être examinée sous différents angles. Mais comment la montrer mieux que par des chiffres ? Les recettes, les dépenses, le nombre de personnes cotisantes ou bénéficiaires constituent une mesure de la dimension des dispositifs de protection sociale mis en place et donc, en quelque sorte, une image de ceux-ci. L'objectif de cette publication est de refléter le paysage social belge, de façon à constituer un Vade Mecum de la protection sociale en Belgique. Il est destiné non seulement aux sphères politiques du pays, mais aussi à toute personne intéressée par le sujet et en quête d'informations sur le secteur.

http://www.socialsecurity.fgov.be (taper "vade mecum")

par **Pascale Janssens** - pascale.janssens@mloz.be

Health Forum*
Le magazine des professionnels de la santé
Vous voulez être au courant des derniers débats qui agitent le monde des soins de santé ? Vous êtes friand de dossiers thématiques, d'études, de sujets inédits liés au monde des professionnels de soins ?
Abonnez-vous gratuitement ou abonnez vos collègues !
Rendez-vous sur www.mloz.be/abonnement
www.mloz.be

*Health Forum est une publication de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Améliorez votre équilibre vie privée et professionnelle tout en gardant le contact avec les patients !

Devenez Médecin-conseil

aux Mutualités Libres

Votre profil

- Vous êtes médecin.
- Vous avez le contact facile et les problèmes médicaux et sociaux des patients vous intéressent.
- Vous possédez les compétences de management nécessaires pour pouvoir collaborer facilement avec le personnel administratif et paramédical.
- Vous disposez d'une certaine expérience clinique.
- Une formation en médecine d'assurance ou une autre spécialisation complémentaire est considérée comme un atout.

Votre fonction

Le contact avec les patients est essentiel en tant que Médecin-conseil. Votre fonction impliquera entre autres :

- L'évaluation de l'incapacité de travail : analyser les possibilités de réinsertion professionnelle, en concertation avec les partenaires concernés comme les médecins généralistes, les médecins du travail, ACTRIS, le Forem, le VDAB… ;
- L'information et le conseil aux patients par rapport à la législation sociale, aux remboursements médicaux et aux problèmes d'assurance ;
- Le traitement des demandes de soins de santé.

Notre offre

- Nous vous offrons un statut d'employé à temps plein, assorti d'un package salarial attrayant (un temps partiel peut être pris en considération)
- Vous évoluez dans un cadre de travail étendu et agréable à la culture d'entreprise dynamique. Le respect de l'équilibre entre le travail et la vie privée est primordial. Le télétravail est possible.
- Vous travaillez au sein d'une équipe motivée, permettant un épanouissement personnel.

Intéressé(e) ?

Envoyez votre candidature à :
Union Nationale des Mutualités Libres
Recruitment
Rue Saint-Hubert 19 -1150 Bruxelles
recruitment@mloz.be

Mutualités Libres

www.mloz.be